

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ADAPTATION CULTURELLE, IMPLANTATION ET ÉVALUATION
FORMATIVE DU PROGRAMME « LA FEMME DANS TOUS SES ÉTATS »,
PROGRAMME VISANT À AMÉLIORER LE BIEN-ÊTRE AFFECTIF ET
SEXUEL DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME
EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
SANDRINE ST-PIERRE-GAGNÉ

DÉCEMBRE 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mon parcours académique n'aurait pas été aussi enrichissant et instructif sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes, qui m'ont fait grandir professionnellement, mais également personnellement. C'est avec reconnaissance que je tiens à les remercier.

Tout d'abord, je remercie les membres du comité consultatif, qui par leur expertise et leur partage m'ont aidé à mieux comprendre les besoins des femmes vivant avec le VIH au Québec et à adapter le programme *La femme dans tous ses états*. Je remercie aussi les intervenantes qui ont animé avec moi le programme. Sans votre confiance envers le projet et moi-même, ainsi que votre soutien, vos disponibilités et votre savoir-faire, ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour. Travailler à vos côtés fut un véritable plaisir et une source d'apprentissage incontestable.

Je veux particulièrement remercier les femmes qui ont participé au programme. Votre intérêt à l'égard du projet, votre ouverture d'esprit et votre authenticité m'ont profondément touchée. Grâce à vous, j'ai découvert des femmes merveilleuses.

Je souhaite spécialement exprimer ma gratitude envers Joanne Otis, professeure au département de sexologie et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, qui m'a fait confiance en acceptant d'être ma directrice. Ses précieux conseils, sa diplomatie et ses encouragements sont au cœur même de la motivation qui m'a permis d'évoluer et de progresser en tant que future professionnelle.

Merci au programme de Bourses d'excellence de la Faculté des sciences humaines pour ses deux bourses (FARE). Votre soutien financier a grandement facilité mon parcours académique.

Je tiens à exprimer mes remerciements à mes ami(e)s qui m'ont rassurée dans les moments de doutes et qui ont partagé avec moi, les meilleurs moments de la maîtrise, comme les plus difficiles.

Enfin, mille fois merci à ma famille et à mon amoureux qui ont été là pour me rassurer et me réconforter dans les moments d'incertitudes, de doutes et de questionnements. Votre soutien, vos encouragements et votre patience m'ont donné la force de poursuivre et de me dépasser.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	x
RÉSUMÉ.....	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	4
1.1. Portrait épidémiologique du VIH chez les femmes	4
1.2. La santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH/sida	5
1.3. Lacunes au niveau des programmes sur la santé sexuelle et reproductive à l'intention des femmes vivant avec le VIH/sida	6
1.4. Contexte de la présente étude.....	7
1.5. Le programme malien <i>La femme dans tous ses états</i>	7
1.6. Objectifs, questions et hypothèses de recherche	22
1.6. Pertinence et retombées.....	23
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	24
2.1. La santé sexuelle et reproductive	24
2.2. L'adaptation culturelle	30
2.3. L'évaluation du programme	33
CHAPITRE III	
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	37
3.1. La santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH.....	37
3.2. Les programmes d'intervention offerts aux femmes vivant avec le VIH	57

3.3. L'adaptation culturelle des programmes d'intervention	59
3.4. L'évaluation des programmes d'intervention pour les femmes vivant avec le VIH	63
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE.....	68
4.1. L'approche générale de recherche	68
4.2. Premier volet : l'adaptation culturelle du programme	69
4.3. Deuxième volet : l'implantation et l'évaluation du programme	75
4.4. Considérations éthiques	91
CHAPITRE V	
RÉSULTATS	93
5.1. Premier volet : l'adaptation culturelle du programme	93
5.2. Deuxième volet : l'implantation et l'évaluation du programme	128
CHAPITRE VI	
DISCUSSION	165
6.1. L'adaptation culturelle du programme.....	166
6.2. L'évaluation du programme	169
6.3. Recommandation pour bonifier le programme <i>La femme dans tous états</i>	184
6.4. Retombées et apport à l'intervention sexologique	186
6.5. Limites et biais de l'évaluation du programme	188
6.6. Pistes de recherches futures	190
CONCLUSION	193
APPENDICE A	
LETTRE EXPLICATIVE DU PROJET DE RECHERCHE.....	196
APPENDICE B	
PLAN D'IMPLANTATION	199
APPENDICE C	
DÉPLIANT EXPLICATIF	202
APPENDICE D	
QUESTIONNAIRE PRÉPROGRAMME	205

APPENDICE E	
JOURNAL DE BORD	223
APPENDICE F	
QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION	247
APPENDICE G	
PLÉNIÈRE ÉVALUATIVE	251
APPENDICE H	
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	256
APPENDICE I	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT COMITÉ CONSULTATIF	258
APPENDICE J	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT IMPLANTATION	262
BIBLIOGRAPHIE	266

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 <i>Sexual Health Model</i> , de Robinson <i>et al.</i> , 2002	28
2.2 Adaptation du <i>Sexual Health Model</i> , de Robinson <i>et al.</i> , 2002	29
2.3 Application du modèle logique CIPP de Stufflebeam (inspiré de Stufflebeam et Shinkfield, 2007).....	36
5.1 Modèle logique du programme <i>La femme dans tous ses états</i> pour les FVVIH du Mali (inspiré de Bartholomew <i>et al.</i> , 2011, p. 516)	97
6.1 Lien entre les facteurs contextuels, le degré d'implantation, l'appréciation et les effets du programme	183

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Matrice d'intervention La femme dans tous ses états, Mali	9
1.2 Canevas du programme original de SSR du Mali à adapter au Québec	19
2.1 Les étapes de l'adaptation culturelle selon Bartholomew <i>et al.</i> , 2011	31
4.1 Collecte des données	79
5.1 Les divergences et convergences sur quelques aspects entre les FVVIH au Mali et au Québec	94
5.2 Matrice d'intervention <i>La femme dans tous ses états, Québec</i>	102
5.3 Ancrage entre les objectifs, les applications pratiques (activités) et les méthodes théoriques	118
5.4 Canevas du programme québécois <i>La femme dans tous ses états</i>	125
5.5 Profil sociodémographique des participantes	129
5.6 Vivre avec le VIH	131
5.7 Score obtenu au <i>Multidimensional Sexual Self-Concept</i>	134
5.8 Score obtenu au questionnaire sur l'estime de soi en fonction des différents rôles sociosexuels	135
5.9 Score obtenu au <i>Multidimensional Condom Attitudes</i>	136

5.10	Degré d'implantation par rencontres selon les trois milieux d'implantation	137
5.11	Degré d'implantation par activités	140
5.12	Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec le rôle de l'animatrice et des coanimatrices tirés des journaux de bord.....	144
5.13	Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec le rôle des participantes tirés des journaux de bord et des mémos d'analyse	147
5.14	Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec le rôle des participantes tirés des journaux de bord	151
5.15	Appréciation des participantes à l'égard des activités perçue par l'animatrice et les coanimatrices	154
5.16	Appréciation de l'ensemble du programme, d'après les participantes ayant rempli le questionnaire d'appréciation	155
5.17	Niveau d'atteinte des objectifs	161

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CIPP	Contexte, intrant, processus et produit
CReCES	Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé
FVVIH	Femme vivant avec le VIH
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSR	Santé sexuelle et reproductive
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ

Une meilleure efficacité des traitements antirétroviraux offre désormais la possibilité aux femmes vivant avec le VIH (FVVIH) de retrouver leur désir de vivre une sexualité épanouissante. Toutefois, peu de programmes tiennent compte du bien-être affectif et sexuel de ces femmes et ce, malgré les nombreuses insatisfactions et difficultés qu'elles éprouvent à ce niveau.

Pour pallier à cette problématique, cette recherche répond à cinq objectifs. Le premier vise à adapter culturellement à la réalité des FVVIH du Québec un programme sur le bien-être affectif et sexuel développé originalement pour les FVVIH du Mali. Les deuxième et troisième consistent à vérifier son degré d'implantation et à décrire les facteurs contextuels ayant entravé ou au contraire facilité son implantation dans les milieux. Finalement, les derniers objectifs visent à décrire l'appréciation des participantes et les effets du programme tels que rapportés par les animatrices et les participantes.

Dans un premier temps, un comité consultatif (intervenante), chercheuses et femmes vivant avec le VIH) a été constitué pour adapter culturellement à la réalité québécoise un programme sur le bien-être affectif et sexuel spécifique aux femmes vivant avec le VIH (FVVIH). Les étapes de l'intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2011) ont été reprises pour assurer la fidélité du programme en conservant ses éléments fondamentaux (i.e. sa logique interne, incluant ses objectifs, ses méthodes théoriques et ses déterminants), tout en adaptant celui-ci aux caractéristiques clés de la nouvelle population. Par la suite, trois groupes de FVVIH (n=17), recrutées sur une base volontaire, ont reçu le programme respectivement dans trois organismes communautaires différents. Des journaux de bord, un questionnaire d'appréciation et des plénières évaluatives ont servi à recueillir des données quantitatives et qualitatives sur l'implantation, l'appréciation et les effets du programme.

Dans l'ensemble, le degré d'implantation du programme, ainsi que son appréciation sont élevés. Plusieurs facteurs contextuels ayant facilité ou à l'inverse entravé l'implantation ont été soulevés. Par ailleurs, le programme semble avoir atteint la grande majorité de ses objectifs à court terme et avoir eu un impact positif sur le bien-être psychologique, les connaissances et les habiletés des participantes.

Le présent mémoire est prometteur. D'une part, il apporte des informations supplémentaires sur les enjeux reliés à l'adaptation culturelle et l'évaluation d'un programme d'intervention sexologique. D'autre part, en offrant une version validée et bonifiée du programme, qui sera, à brève échéance, implanté et évalué à plus large échelle, il répond à une problématique encore très peu explorée et comblée au Québec.

Mots-clés : adaptation culturelle, implantation, évaluation de programme, santé sexuelle et reproductive, femmes, VIH/sida.

INTRODUCTION

D'après l'Agence de santé publique du Canada (2010), depuis 1985, la proportion de femmes atteintes du VIH est de plus en plus importante parmi les cas de VIH déclarés. Une meilleure efficacité des traitements antirétroviraux a augmenté considérablement leur espérance de vie, situant le VIH au rang de maladie chronique (Samson, 2006). En contrepoint, d'autres préoccupations sur la qualité de vie et la sexualité de cette population ont émergé. Bien que ces femmes retrouvent l'espoir de concevoir un enfant et de vivre une sexualité épanouissante (Sow et Desclaux, 2011), elles demeurent nombreuses à vivre des difficultés au plan de leur santé sexuelle et reproductive (Wilson *et al.*, 2010). Cette problématique circonscrit le champ d'intérêt de cette recherche.

En ce sens, les femmes vivant avec le VIH éprouvent des difficultés au niveau de leur santé sexuelle et reproductive à de multiples points de vue. Parmi celles-ci se retrouvent l'insatisfaction sexuelle (Siegel, Schrimshaw et Lekas, 2006), une faible estime de soi (Psaros *et al.*, 2012), des difficultés à s'épanouir affectivement avec un(e) partenaire (Wallach, Ducandas, Martel, Trottier et Thomas, 2013) ou encore des difficultés à gérer le dévoilement de leur statut sérologique (Trottier *et al.* 2005). Malgré cela, les programmes d'intervention s'adressant spécifiquement à cette population et ayant des objectifs orientés vers l'amélioration de leur bien-être affectif et sexuel sont rarissimes (Gay, Hardee, Croce-Galis et Hall, 2011).

En 2012, confrontées à cette problématique, la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES, Québec), la Coalition PLUS (France) et ARCAD-

SIDA (Mali) ont allié leurs expertises et savoirs pour élaborer un programme qui répondrait aux besoins de santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH au Mali, intitulé *La femme dans tous ses états*. Suite à ce projet, la CReCES a reçu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour répondre cette fois, aux besoins des femmes vivant avec le VIH résidant au Québec. Conséquemment, ce mémoire s'inscrit comme étape préalable à ce projet de recherche en adaptant d'une part, le programme malien à la réalité des femmes vivant avec le VIH au Québec et d'autre part, en évaluant de façon formative son implantation et ses effets à court terme. Plus précisément, dans un premier temps, un comité consultatif constitué d'acteurs clés dans le milieu communautaire du VIH/sida a été créé pour réaliser l'adaptation culturelle. Il a alors été possible d'identifier les éléments fondamentaux du programme, de même que ses caractéristiques clés. Dans un second temps, le programme a été implanté dans trois organismes communautaires, permettant ainsi de rejoindre 17 femmes séropositives au VIH, qui tout en recevant le programme, devenaient des collaboratrices au processus de validation et d'évaluation. Le degré d'implantation, l'appréciation des participantes et les effets du programme ont ensuite été examinés, de même que les facteurs contextuels ayant facilité ou entravé l'implantation.

Ce mémoire se divise en six chapitres. Le premier expose le contexte général du projet de recherche, ainsi que sa contribution à l'avancement des connaissances et au champ d'intervention sexologique. Le second chapitre détaille les concepts de la santé sexuelle et reproductive et du bien-être, ainsi que les assises théoriques qui ont guidé l'élaboration, l'adaptation et l'évaluation du programme *La femme dans tous ses états*. Le troisième chapitre fait état des connaissances sur la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH, les programmes d'intervention s'adressant à ces dernières, leur adaptation et leur évaluation. Par la suite, une présentation exhaustive de la méthodologie est effectuée, suivie des résultats qui en découlent. Enfin, dans le sixième et dernier chapitre, les principaux résultats sont

discutés, les limites de la recherche sont exposées et des recommandations et pistes de recherches futures sont amenées.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Cette section vise à circonscrire le problème à l'étude. De ce fait, le portrait épidémiologique du VIH chez les femmes au Québec, ainsi que l'état de santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes vivant avec le VIH (FVVIH) seront explicités. Par la suite, les lacunes au niveau des programmes d'intervention en lien avec la SSR à l'intention des FVVIH seront mises en lumière. Le contexte de la présente étude, ses objectifs et questions de recherche seront définis, pour ensuite exposer la pertinence et les retombées qu'apportera cette recherche auprès de la population cible et de la communauté scientifiques et sexologique.

1.1. Portrait épidémiologique du VIH chez les femmes

Parmi les 34 millions de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH), 50 % d'entre elles seraient des femmes (ONUSIDA, 2011). Au Canada, les FVVIH constituent « une proportion de plus en plus importante de cas de VIH déclarés depuis 1985 » (ASPC, 2010 p. 4). Plus spécifiquement, elles sont 28 % à provenir de l'Afrique subsaharienne et 20,7 % à avoir comme lieu d'origine les Caraïbes ou Haïti (ASPC, 2012a). L'incidence d'un diagnostic séropositif dans cette population est 8,5 fois plus élevée comparativement à celle observée chez les autres Canadiens (ASPC, 2012a).

Entre juillet 1997 et décembre 2011, au Québec, les femmes originaires d'un pays à forte endémicité totalisaient 68 % des femmes enceintes séropositives (MSSS, 2013). Plus de la majorité de ces femmes résident sur l'île de Montréal (MSSS, 2013). Pour l'ensemble des FVVIH du Québec, sans distinction de leur origine ethnique, 74,4 % expliquent avoir été infectées au VIH par un contact hétérosexuel (INSPQ, 2012a). L'âge médian des nouveaux diagnostics au VIH pour les femmes est de 37 ans (INSPQ, 2012a). D'après les données de la cohorte MAΨA, une recherche montréalaise ayant interrogé 178 FVVIH, 95 % des femmes se disaient hétérosexuelles, 3 % bisexuelles et 2 % homosexuelles (St-Pierre-Gagné et Otis, 2012).

1.2. La santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH/sida

L'espérance de vie des FVVIH a nettement augmenté dans l'espace des trente dernières années, en raison d'une meilleure efficacité des traitements antirétroviraux. Le VIH peut dès lors être considéré comme une maladie chronique (Samson, 2006). Conséquemment à l'augmentation de leur espérance de vie, les FVVIH ont désormais la possibilité de retrouver leur désir de vivre une sexualité épanouissante, ainsi que de concevoir un enfant (Sow et Desclaux, 2011). Néanmoins, elles sont nombreuses à vivre des difficultés au niveau de leur santé sexuelle et reproductive (SSR) (Wilson *et al.*, 2010). Par exemple, plusieurs affirment avoir observé après leur diagnostic une diminution de leur désir, de leur excitation et de leur plaisir sexuel, ainsi que l'apparition de sensations douloureuses durant la pénétration (El Fane *et al.*, 2010). De plus, la prévalence d'infections vaginales à levure est élevée chez cette population (Duerr *et al.*, 2003).

Pourtant, la communauté scientifique a encore une faible compréhension de la SSR des FVVIH. Cette problématique demeure peu documentée. À cet effet, bon nombre de chercheurs recommandent une meilleure exploration de ces thématiques (El Fane *et al.*, 2010; Siegel, Schimshaw et Lekas, 2006; Florence *et al.*, 2004) et exigent la mise en place d'actions concrètes pour améliorer la SSR des FVVIH (Kennedy *et al.*, 2010). Dans cet ordre d'idées, une recension des écrits réalisée au Canada a mis en lumière la nécessité d'effectuer davantage de recherches sur la santé reproductive des FVVIH. De plus, il est recommandé d'explorer plus en profondeur les défis que les FVVIH doivent affronter en lien avec leur santé reproductive (Loufty, Sonnenberg-Schwan, Margolese, Sherr et Women for Positive Action, 2012a).

1.3. Lacunes au niveau des programmes sur la santé sexuelle et reproductive à l'intention des femmes vivant avec le VIH/sida

Les besoins des FVVIH à l'égard de leur SSR sont encore peu comblés, particulièrement ceux en lien avec la planification familiale (ONUSIDA, 2010). Différentes organisations internationales recommandent une amélioration des services de SSR pour les PVVIH (OMS, UNFPA, ONUSIDA et IPPF, 2005; ONUSIDA, 2010). D'autre part, les droits des FVVIH en matière de sexualité sont peu reconnus, puisqu'ils passent souvent en second plan, derrière la réduction de la transmission du VIH au partenaire ou à l'enfant (EngenderHealth, UNFPA et the David and Lucile Packard Foundation, 2008; Gruskin, Ferguson et O'Malley, 2007). Effectivement, bon nombre de programmes sur la SSR des FVVIH s'intéressent à la transmission du VIH, à l'observance au traitement ou encore aux services et soins offerts en matière de contraception et de dépistage des infections transmissibles sexuellement (Gay *et al.*, 2011; Kennedy *et al.*, 2010). Ces interventions et services offerts tiennent peu

compte du besoin des femmes de vivre une sexualité épanouissante, autant sur le plan psychologique, social qu'affectif (Shapiro et Ray, 2007).

1.4. Contexte-de la présente étude

En 2012, conscients de la nécessité d'améliorer la SSR des FVVIH, la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES, Québec), la Coalition PLUS (France) et ARCAD-SIDA (Mali) ont décidé d'allier leurs savoirs et compétences respectives pour élaborer un programme spécifique aux FVVIH résidant au Mali. Suite à la création de ce projet, la CReCES s'est mobilisée et a fait appel à divers acteurs clés du milieu du VIH/sida québécois pour déposer en octobre 2012 une demande de subvention pour un projet de recherche communautaire aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Ce projet de recherche, qui fut accepté par les IRSC au printemps 2013, a pour objectif de répondre aux besoins de SSR des FVVIH en mobilisant ces dernières et les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida à l'échelle provinciale. Pour ce faire, il était indispensable que le programme réalisé pour les FVVIH du Mali soit adapté au Québec et évalué une première fois avant le début du projet de recherche. Le présent mémoire est donc une étape préalable et indispensable au projet de recherche communautaire subventionné par les IRSC.

1.5. Le programme malien *La femme dans tous ses états*

Le programme malien a, en fait, pour objectif comportemental d'amener les participantes à être en mesure de mobiliser leurs ressources personnelles et les

ressources disponibles dans leur environnement de manière à améliorer leur bien-être affectif et sexuel. Tel qu'illustré par le tableau 1.1, dix objectifs de performance découlent ensuite de l'objectif comportemental, qui sont eux-mêmes divisés en une cinquantaine d'objectifs d'apprentissage et de changement (CReCES, ARCAD-SIDA et Coalition PLUS, 2012).

Le tableau 1.2 présente un canevas du programme original, qui est constitué de dix rencontres de deux heures chacune. Parmi les thématiques qui sont abordées se retrouvent les rôles sociosexuels de la femme, le bien-être affectif et sexuel, la santé sexuelle et reproductive, l'acceptation de son statut séropositif au VIH, les stratégies de communication et de persuasion, le dévoilement de son statut sérologique, la satisfaction sexuelle, l'estime de soi et la féminité. Chaque rencontre comporte une introduction et un bilan de la rencontre. Les activités du programme sont variées, puisque s'y retrouvent des discussions de groupe, des activités de réflexion personnelle, des témoignages, la fabrication d'encens, un jeu-questionnaire, une technique d'imagerie mentale et des techniques d'impact (CReCES, ARCAD-SIDA et Coalition PLUS, 2012).

Tableau 1.1

Matrice d'intervention La femme dans tous ses états, Mali, Thème général 1 : Les rôles sociosexuels de la femme
Mobiliser leurs ressources personnelles et les ressources disponibles dans leur environnement de manière à améliorer leur sentiment de bien-être sexuel et affectif.

OBJECTIFS DE CHANGEMENT LES FEMMES APPRENNENT À...					
DÉTERMINANTS PERSONNELS					
Objectifs de performance (OP) Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...	Connaissances (C) Normes morales (NM)	Attitude/Valeurs (AV)	Efficacité personnelle / Habiletés (EPH)	Pouvoir/Rapports sociaux de genre (P)	Perception de l'influence des normes sociales (PNS)
OP1 Se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels.	C1a Dégager leurs représentations de ce qu'est une femme au Mali dans ses différentes sphères de vie (rôles sociosexuels)	AV1a Évaluer leur degré d'aisance à jouer l'un ou l'autre des rôles sociosexuels de la femme.			PNIa Reconnaître les représentations culturelles et sociales des rôles sociosexuels de la femme malienne
	C1b Examiner les caractéristiques et implication de chacun des rôles sociosexuels de la femme.				
	C2a Définir les diverses dimensions de la sexualité humaine	AV2a Réfléchir sur son état de bien-être dans un contexte sexuel et affectif.			
OP2 Clarifier leur sentiment de bien-être affectif et sexuel.	C2b Définir ce que représente le bien-être dans un contexte sexuel et affectif				
OP3 Établir les liens entre leurs propres rôles sociosexuels et leur sentiment de bien-être affectif et sexuel.	C2c Dégager les caractéristiques du bien-être dans un contexte sexuel et affectif		EPH3a Être capable de dégager la contribution de chacun de leurs rôles sociosexuels sur leur état de bien-être affectif et sexuel	P3a Énumérer la façon dont les représentations culturelles et sociales des rôles sexuels de la femme influence son bien-être affectif et sexuel	
	C3a Qualifier ses propres sentiments de bien-être affectif et sexuel				

OBJECTIFS DE CHANGEMENT			
Objectifs de performance (OP)	DÉTERMINANTS EXTERNES		
	LES INTERVENANTES VONT...		
	Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)	
Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour ...			
OP1 Se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels.	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles		
	SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion		
	SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité		
LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...			
OP2 Clarifier leur sentiment de bien-être affectif et sexuel.	SSaa Se soutenir dans leurs réflexions		
	SSbb Respecter les identités auxquelles les femmes s'identifient		
	SScc Respecter les diverses opinions sur la sexualité		
LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...			
OP3 Établir les liens entre ses propres rôles sociosexuels et son sentiment de bien-être affectif et sexuel.	SSaa Se soutenir dans leurs réflexions		
	SSbb Respecter les identités auxquelles les femmes s'identifient		
	SScc Respecter les diverses opinions sur la sexualité		

OBJECTIFS DE CHANGEMENT					
Objectifs de performance (OP)		DÉTERMINANTS PERSONNELS			
An cours des activités, les femmes développent des habiletés pour ...		LES FEMMES APPRENNENT À...			
		Connaissances (C)	Normes morales (NM)	Attitude/Valeurs (AV)	Efficacité personnelle /Habiletés (EPH)
					Pouvoir/rapport sociaux de genre (P)
OP4 Évaluer dans quelle mesure le VIH est venu modifier leurs identités comme femme et comme être sexué.	C4a Décrire dans leurs propres termes les impacts du VIH sur leur vie.			AV4a Reconnaître que le VIH vient modifier leurs identités comme femme et comme être sexué.	EPH4a Identifier des stratégies pour se sentir mieux, malgré les impacts du VIH sur leur vie.
OP5 Prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être.	C5a Identifier les émotions et sentiments reliés au fait d'être une femme séropositive. C5b Nommer les étapes d'acceptation du statut sérologique au VIH selon une perspective sérologique.		NM5a Évaluer l'impact de l'acceptation du statut sérologique au VIH sur l'actualisation de leurs rôles sociosexuels.	AV5a Évaluer à quelle étape d'acceptation du statut sérologique au VIH elles se situent.	P5a Reconnaître qu'elles peuvent se sentir bien et qu'elles ne perdent pas leur valeur comme femme et être sexué en étant infectées par le VIH.

Objectifs de performance (OP)	OBJECTIFS DE CHANGEMENT		
	DÉTERMINANTS EXTERNES		
	LES INTERVENANTES VONT...		
	Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)	
An cours des activités, les femmes développent des habiletés pour ...			
OP4 Evaluer dans quelle mesure le VIH est venu moduler leurs identités comme femme et comme être sexué.	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles	SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion	SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité
OP5 Prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être.	LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...	SSaa Se soutenir dans leurs réflexions	SSbb Respecter les diverses opinions sur la sexualité

OBJECTIFS DE CHANGEMENT

DÉTERMINANTS PERSONNELS				
LES FEMMES APPRENNENT À...				
Objectifs de performance (OP)	Connaissances (C)	Attitude/Valeurs (AV)	Efficacité personnelle/Habiletés (EPH)	Pouvoir/Rapport sociaux de genre (P) Perception de l'influence des normes sociales (PNS)
<p>Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...</p> <p>OP6 Appliquer des moyens contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle.</p>	C6a Définir dans leurs propres termes ce que représente le plaisir dans le contexte d'une relation affective et sexuelle.	AV6a Reconnaître l'existence de divers scénarios et pratiques sexuels pouvant favoriser leur bien-être sexuel et affectif.	EPH6e Dégager des stratégies visant à diminuer ou gérer les impacts négatifs du VIH/sida sur leur sexualité.	PNS6a Identifier les normes culturelles au niveau de la sexualité et des rapports intimes entre les hommes et les femmes au Mali.
	C6b Nommer les différences et les ressemblances entre les hommes et les femmes en ce qui concerne leur sexualité.	AV6b Exprimer leur désir de mettre en application certaines stratégies pour combler leurs propres besoins affectifs et sexuels et ceux de l'autre.		
	C6c Identifier des objets, moyens ou méthodes contribuant à créer un contexte d'intimité avec leur mari/conjoint ou à augmenter le désir et le plaisir sexuel.			
	C6d Identifier les zones érogènes de la femme et de l'homme			
<p>OP7 Identifier des stratégies de communication pour répondre à leurs besoins sexuels et affectifs.</p>	C6e Reconnaître que les risques de transmission du VIH/sida varient selon le type de pratiques sexuelles.	AV7a Dégager leurs propres désirs et besoins affectifs et sexuels	EPH7a Identifier des stratégies pour persuader leur mari/conjoint à accepter certaines demandes dans un contexte sexuel et affectif.	P7a Identifier des façons d'avoir davantage de pouvoir dans un contexte sexuel et affectif avec leur mari/conjoint.
	C7a Nommer des principes facilitant une communication efficace avec leur mari/conjoint.	AV7b Exprimer leur désir de mettre en application certaines stratégies favorisant une meilleure communication avec leur mari/conjoint.	EPH7b Se sentir confiantes de communiquer leurs besoins sexuels et affectifs.	
	C7b Reconnaître les différents styles de communication selon le type de personnalité.		EPH7c Démontrer l'habileté d'adapter leur communication au type de personnalité de leur mari/conjoint.	

OBJECTIFS DE CHANGEMENT			
DÉTERMINANTS EXTERNES			
LES INTERVENANTES VONT...			
Objectifs de performance (OP)			
Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour ...		Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)
OP6 Adopter des moyens contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle.	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles	AD6a Énumérer des ressources et services adaptés à leurs besoins sexuels et affectifs.	
	SSb Supporter les femmes dans leur réflexion		
	SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité		
OP7 Identifier des stratégies de communication pour répondre à leurs besoins sexuels et affectifs.	LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...		
	SSaa Se supporter dans leurs réflexions		
	SSbb Respecter les diverses opinions sur la sexualité.		

OBJECTIFS DE CHANGEMENT				
DÉTERMINANTS PERSONNELS				
LES FEMMES APPRENNENT À...				
	Connaissances (C)	Normes morales (NM)	Efficacité personnelle/Habiletés (EPH)	
<p>An cours des activités, les femmes développent des habiletés pour ...</p> <p>OP8 Reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au partage de leur statut sérologique avec leur mari/conjoint</p>	<p>C8a Nommer les pour et les contre au partage de leur statut sérologique au VIH à leur mari/conjoint.</p> <p>C8b Reconnaître les conditions facilitantes au partage de leur statut sérologique à leur mari/conjoint</p>	<p>NM8a Évaluer leur intention de partager ou non leur statut sérologique au VIH à leur mari/conjoint.</p>	<p>EPH8a Énumérer les façons de surmonter les obstacles au bon déroulement du partage de leur statut sérologique au VIH.</p>	
<p>OP9 Satisfaire leurs besoins en matière de santé reproductive</p>	<p>C9a Connaître les notions de base sur le cycle menstruel, l'appareil génital féminin, le condom féminin et masculin, la grossesse, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et le dépistage au VIH.</p> <p>C9b Identifier des contre-arguments en faveur de l'utilisation du condom.</p>	<p>NM9a Évaluer les barrières à utiliser le condom avec leur mari/conjoint.</p> <p>NM9b Évaluer leur intention d'utiliser le condom avec leur mari/conjoint.</p>	<p>EPH9a Se sentir confiantes de surmonter les obstacles pour l'utilisation du condom.</p> <p>EPH9b Identifier des stratégies facilitant l'accessibilité et l'utilisation du condom.</p> <p>EPH9c Développer des habiletés pour utiliser adéquatement le condom.</p>	

OBJECTIFS DE CHANGEMENT			
Objectifs de performance (OP)	DÉTERMINANTS EXTERNES		
	LES INTERVENANTES VONT ...		
	Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)	
Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour ...			
OP8 Reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au partage de leur statut sérologique avec leur mari/conjoint	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles	AD9a Informer les femmes des endroits offrant des services et des ressources sur la santé sexuelle et reproductive (dépistage, planning familial, etc.)	
	SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion		
	SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité		
OP9 Satisfaire leurs besoins en matière de santé reproductive	LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...		AD9b Démontrer aux femmes comment avoir accès aux différents services offerts par ARCAD-SIDA.
	SSaa Se soutenir dans leurs réflexions	LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...	
	SSbb Respecter les diverses opinions sur la sexualité.		

OBJECTIFS DE CHANGEMENT				
Objectifs de performance (OP)	DÉTERMINANTS PERSONNELS			
	LES FEMMES APPRENNENT À...			
	Connaissances (C)	Normes morales (NM)	Attitude/Valeurs (AV)	Efficacité personnelle /Habiletés (EPH)
An cours des activités, les femmes développent des habiletés pour ...				
OP10 Adopter des stratégies pour s'apprécier dans leurs identités différentes comme femme et comme être sexué.	C10a Dire dans leurs propres termes ce que représente l'estime de soi. C10b Dire en ses propres mots ce que représente la féminité.	NM10a Reconnaître leurs forces et leur cheminement depuis leur diagnostic dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué.		EPH10a Identifier des stratégies favorisant une meilleure estime de soi. EPH10b Nommer des moyens pour augmenter son sentiment de désirabilité.

Objectifs de performance (OP)	OBJECTIFS DE CHANGEMENT		
	DÉTERMINANTS EXTERNES		
	LES INTERVENANTES VONT...		
	Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)	
An cours des activités, les femmes développent des habiletés pour ...			
OP10 Adopter des stratégies pour s'apprécier dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué.	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles		
	SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion		
	SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité		
	LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...		
	SSaa Se soutenir dans leurs réflexions		
	SSbb Respecter les diverses opinions sur la sexualité		

Tableau 1.2
Canevas du programme original de SSR du Mali à adapter au Québec

Objectif comportemental du programme : Au terme de ce programme, les femmes seront en mesure de mobiliser leurs ressources personnelles et les ressources disponibles dans leur environnement de manière à améliorer leur bien-être sexuel et affectif.		
Rencontres	Principaux objectifs des rencontres	Activités
	A la fin de la rencontre, les participantes seront en mesure de...	L'atteinte de l'objectif est assurée par...
Rencontre d'accueil Rencontre individuelle	<ul style="list-style-type: none"> * Clarifier les objectifs du programme. * Signifier leur engagement à participer au programme. * Faire un bilan de leur situation personnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> * Vérification de l'admissibilité au programme * Entente pour la prise de contact et pertinence d'informer le mari/conjoint * Questionnaire pré-programme
Rencontre 1 Femme, unique et plurielle	<ul style="list-style-type: none"> * Se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels. 	<ul style="list-style-type: none"> * Règles de fonctionnement et élection d'une chef du village * Activité 1 Le panier de la féminité * Activité 2 La mosaïque pour définir nos divers rôles * Activité 3 Fabrication d'encens
Rencontre 2 Être bien dans sa tête et dans sa peau	<ul style="list-style-type: none"> * Clarifier leur sentiment de bien-être sexuel et affectif. * Établir les liens entre leurs propres rôles sociosexuels et leur sentiment de bien-être sexuel et affectif. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Discussion sur ce qu'est la sexualité * Activité 2 Imagerie mentale sur un moment de bien-être * Activité 3 Ma mosaïque pour faire le lien entre nos divers rôles et notre bien-être sexuel et affectif
Rencontre 3 Reconnaître ses forces comme femme vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> * Évaluer dans quelle mesure le VIH est venu moduler leurs identités comme femme et comme être sexué. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Ma ligne du temps * Activité 2 Plénière * Activité 3 Le jeu de la toile * Activité 4 Fabrication d'encens

Rencontres	Objectifs	Activités
Rencontre 4 Être femme au-delà du VIH	<ul style="list-style-type: none"> * Reconnaître les bénéfices sur leur bien-être à accepter leur statut sérologique au VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Association libre sur les émotions entourant la trajectoire avec le VIH * Activité 2 Témoignage d'une FVVIH sur sa trajectoire d'acceptation au VIH * Activité 3 Partage de stratégies ayant facilité l'acceptation du VIH * Activité 4 Technique d'impact du dollar pour identifier la trajectoire d'acceptation * Activité 5 Discussion
Rencontre 5 J'apprends à mieux communiquer	<ul style="list-style-type: none"> * Reconnaître leurs besoins sexuels et affectifs. * Identifier des stratégies de communication pour répondre à leurs besoins sexuels et affectifs. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Introspection * Activité 2 Technique d'impact du dollar * Activité 3 Stratégies pour une bonne communication * Activité 4 Liste de ressources
Rencontre 6 Partager mon statut sérologique ?	<ul style="list-style-type: none"> * Reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au partage de leur statut sérologique avec leur mari/conjoint. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Discussion des pour et des contre à partager * Activité 2 Témoignage sur le plan d'action * Activité 3 Place à celles qui n'ont pas partagé * Activité 4 Échange de conseils * Activité 5 La carte à deux facettes * Activité 6 Fabrication de l'encens
Rencontre 7 L'art de convaincre	<ul style="list-style-type: none"> * Appliquer des stratégies de persuasion pour répondre à leurs besoins sexuels et affectifs. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Exploration des stratégies de persuasion * Activité 2 Types de personnalité * Activité 3 Mes stratégies pour une meilleure communication

Rencontres	Objectifs	Activités
Rencontre 8 Ma santé reproductive	<ul style="list-style-type: none"> * Connaître les notions de base sur le cycle menstruel, l'appareil génital féminin, le condom féminin et masculin, la grossesse, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et le dépistage au VIH. * Identifier des stratégies facilitant l'accessibilité et l'utilisation du condom. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Jeu questionnaire * Activité 2 Discussion sur l'utilisation du condom * Activité 3 Persuasion de l'utilisation du condom
Rencontre 9 Je veux être satisfaite de ma sexualité	<ul style="list-style-type: none"> * Identifier des techniques contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Discussion sur la sexualité * Activité 2 Objets du panier * Activité 3 Zones érogènes de la femme et de l'homme * Activité 4 Scénarios sexuels * Activité 5 Obstacles à une relation sexuelle satisfaisante et sécuritaire * Préparation pour la prochaine rencontre
Rencontre 10 J'apprécie ma féminité et mes identités comme femme	<ul style="list-style-type: none"> * Adopter des stratégies pour s'apprécier dans leur féminité. * Actualiser leurs différentes identités comme femme et comme être sexué. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Discussion sur la féminité et l'estime de soi * Activité 2 Jeu de la toile * Activité 3 Préparation pour le défilé * Activité 4 Défilé * Activité 5 Encens

1.6. Objectifs, questions et hypothèses de recherche

Le présent mémoire vise cinq objectifs :

1. Adapter culturellement à la réalité des FVVIH du Québec un programme sur le bien-être affectif et sexuel développé pour les FVVIH du Mali;
2. Vérifier l'adéquation entre le déroulement du programme tel qu'initialement prévu et celui implanté;
3. Décrire les facteurs contextuels ayant entravé ou au contraire facilité l'implantation du programme dans les milieux;
4. Décrire l'appréciation des participantes à l'égard de l'ensemble du programme;
5. Décrire les effets du programme tels que rapportés par les animatrices et les participantes.

Au regard de ces objectifs, la recherche tente de répondre à ces questions :

- 1a. Quels sont les éléments fondamentaux du programme malien à préserver pour assurer la fidélité?
- 1b. Quelles sont les caractéristiques clés du programme malien qui peuvent être adaptées?
2. Sur quels aspects y a-t-il un écart entre le déroulement du programme initialement prévu et celui implanté?
3. Quels sont les facteurs contextuels ayant entravé ou au contraire facilité l'implantation du programme dans les milieux?
4. Dans quelle mesure les participantes ont-elles apprécié l'ensemble du programme?
5. Quels sont les effets du programme à court terme?

1.7. Pertinence et retombées

Dans un premier temps, cette étude apportera plusieurs bénéfices pour la population ciblée. Si l'objectif du programme, qui sera adapté et évalué par cette étude, est atteint, les FVVIH qui auront participé disposeront de nouvelles ressources pour améliorer leur SSR. Par ailleurs, avec la poursuite du projet de recherche par la CReCES, d'autres FVVIH pourront également bénéficier d'un programme amélioré et voir leur qualité de vie affectée de façon positive. Ce projet s'inscrit donc, dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH, qui a pour objectif de réduire le risque de transmission du VIH et d'améliorer la qualité de vie des personnes séropositives au VIH (ASPC, 2012b). De plus, promouvoir la santé sexuelle entraîne un impact significatif et positif sur la santé et le bien-être de chaque individu (WAS, 2008).

En second lieu, cette étude contribuera à l'avancement des connaissances. D'une part, en décrivant le processus méthodologique lié à l'adaptation culturelle d'une intervention sexologique et d'autre part, en renseignant sur la pertinence et l'efficacité potentielle d'un programme sexologique. D'ailleurs, encore peu de programmes de SSR offrent une perspective positive et globale de la sexualité (Gruskin, Ferguson et O'Malley, 2007) et beaucoup demeurent non publiés dans une revue scientifique ou évalués selon une méthodologie rigoureuse (Gay *et al.*, 2011). Cette recherche répond donc à un intérêt grandissant de la communauté internationale, qui désire une meilleure prise en charge des FVVIH et de leur SSR (IPPF, UCSF, UNAIDS, UNFPA et WHO, 2009 ; EngenderHealth, UNFPA et the David and Lucile Packard Foundation, 2008).

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel se divise en trois sections. La première section est en lien direct avec la santé sexuelle et reproductive. Les concepts de SSR et le modèle de santé sexuelle de Robinson, Bocking, Rosser, Miner et Coleman (2002) sont alors présentés, puisque ceux-ci ont contribué à guider l'état des connaissances et à élaborer le programme *La femme dans tous ses états*. Dans la deuxième section se retrouve la définition de l'adaptation culturelle d'un programme d'intervention et le modèle utilisé pour réaliser cette étape. La dernière section porte sur l'évaluation de programme. À ce moment, les types d'évaluation choisis pour cette recherche sont expliqués et le modèle d'évaluation soutenant ces évaluations est présenté.

2.1. La santé sexuelle et reproductive

2.1.2. Concepts de la santé sexuelle et reproductive et du bien-être

Le concept de santé sexuelle va au-delà d'une absence de dysfonctionnements ou de violence, car il inclut une composante positive de la sexualité. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé sexuelle représente « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité » (OMS, 2011).

Plus précisément, dans le modèle de la santé sexuelle établi par l'équipe de Robinson (2002), la santé sexuelle se définit comme une approche de la sexualité impliquant que l'individu puisse jouir d'une sexualité épanouissante, qui concorde avec ses valeurs et qui procure plaisir et désir. La sexualité ne peut être détachée des connaissances, des comportements, des émotions et des relations interpersonnelles dans lesquelles l'individu évolue. Celui-ci doit être en mesure de partager une intimité avec un partenaire, de communiquer ses besoins et désirs sexuels et de respecter les différences sexuelles exprimées dans sa culture (Robinson, 2002).

La santé reproductive fait référence au bien-être physique, mental et social de la personne concernant les aspects reliés au système reproducteur (Klaue, Spencer et Balthasar, 2002). Cela inclut le droit de la personne de décider d'avoir un enfant si elle le désire et dans le cas contraire, d'avoir accès à des méthodes contraceptives efficaces et appropriées à ses besoins (EngenderHealth, UNFPA et the David and Lucile Packard Foundation, 2008). La santé reproductive comporte aussi l'accès à des services de soins de santé génésique adaptés et sécuritaires, permettant d'assurer les besoins de santé de la mère et de son futur enfant (OMS, 2011). D'autre part, les services de santé en matière de reproduction supposent que les besoins du couple soient répondus en ce qui concerne la procréation, les infections transmissibles sexuellement et leur sexualité (Klaue, Spencer et Balthasar, 2002).

Succinctement, la santé sexuelle et reproductive ne saurait se limiter à une dimension biomédicale, pour inclure une perspective psychosociale et socioculturelle. Cela implique que les notions de bien-être et de qualité de vie sont centrales et que les FVVIH doivent pouvoir vivre leur sexualité librement et disposer d'une autonomie reproductive (Klaue, Spencer et Balthasar, 2002).

Par ailleurs, la notion de bien-être revient dans la définition autant de la santé sexuelle, que de celle de la santé reproductive. En effet, que ce soit l'Organisation mondiale de la santé, le *World Association for Sexual Health* ou encore le point de vue de sexologues au Québec, la SSR est étroitement reliée au bien-être sexuel, affectif, social et physique (WHO, 2006; WAS, 2008; Dupras, 2010). Globalement, le bien-être est une mesure reliée à la satisfaction de ses besoins et à l'intégration et l'épanouissement d'une personne dans sa sphère sociale et sa culture d'appartenance, conformément à ses valeurs et à sa propre personnalité (Breda et Goyvaerts, 1999). Le bien-être affectif dans cette recherche réfère à la définition du bien-être subjectif de Diener (1994) qui définit ce concept non seulement par une absence d'affects non plaisants, mais également par un état affectif agréable à long terme et un état de satisfaction à l'égard de plusieurs domaines de la vie de la personne. Diener (1994) mentionne qu'il s'agit d'un état subjectif, qui varie selon les expériences individuelles des personnes. Plus spécifiquement, le bien-être sexuel renvoie à l'évaluation subjective de ses émotions et de ses cognitions sur la sexualité (Laumann *et al.*, 2006). Cela inclut une autoperception positive de son vécu sexuel et de ses relations interpersonnelles (Dupras, 2010). La compréhension des notions de bien-être affectif et sexuel est essentielle, puisque ces deux concepts reviennent dans l'objectif comportemental du programme soumis à l'étude.

2.1.3. Modèle de santé sexuelle et reproductive

Aucun modèle, théorie ou cadre conceptuel portant spécifiquement sur la SSR des PVVIH n'a été recensé. Il s'avère que la SSR des PVVIH ne fait l'objet d'investigations que depuis tout récemment et que peu se sont intéressées au bien-être sexuel et à la sexualité en dehors de la reproduction (Gruskin, Ferguson et O'Malley, 2007). Le modèle se rapprochant le plus des besoins de cette étude est celui établi par

Robinson et ses collègues (2002), puisqu'il permet d'identifier les composantes essentielles à une bonne santé sexuelle (figure 2.1). Les auteurs mentionnent que leur modèle, en plus de présenter une approche qui promeut la santé sexuelle de manière holistique, peut être utilisé pour la prévention du VIH, mais aussi aux fins de tout autre objectif relié à la santé sexuelle (Robinson *et al.*, 2002).

Ce modèle a orienté la conception des outils de collecte de données, guidé les thématiques couvertes dans l'état des connaissances et les thématiques abordées dans le programme *La femme dans tous ses états*, en ce qui concerne la version initiale et la version adaptée au Québec. Cela a permis d'assurer une cohérence entre les variables évaluées et celles couvertes dans le programme.

Tel que démontré par la figure 2.1, les dix composantes de la santé sexuelle élaborées par les auteurs sont : 1) parler de sexualité, 2) culture et identité sexuelle, 3) anatomie et fonctionnement sexuel, 4) soins en matière de santé sexuelle et sexualité sécuritaire, 5) obstacles à la santé sexuelle, 6) image de soi, 7) masturbation et fantasme, 8) sexualité positive, 9) intimité et relation amoureuse et 10) spiritualité. La façon dont le modèle est construit implique que chacune des composantes associées aux besoins de SSR est influencée par l'environnement social et culturel dans lequel vit la population cible (Robinson *et al.*, 2002).

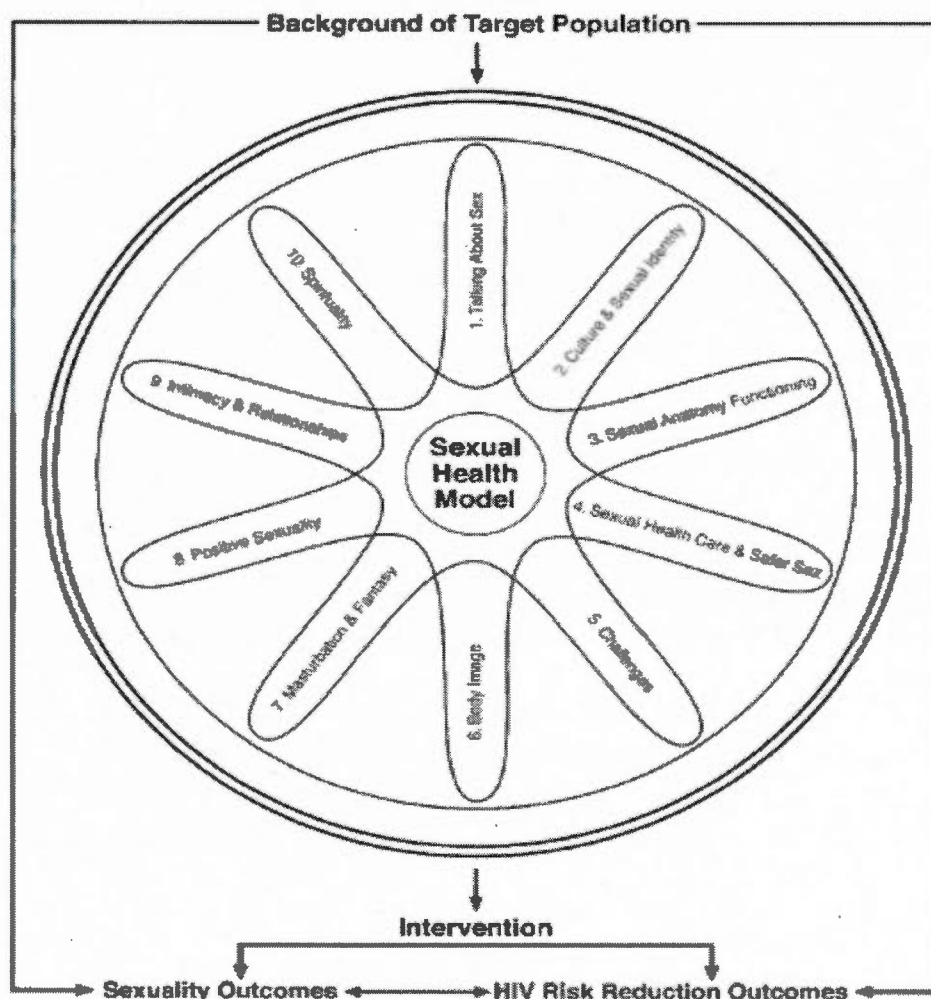


Figure 2.1 *Sexual Health Model*, de Robinson *et al.*, 2002

Étant donné que cette recherche s'intéresse aux besoins de SSR spécifiques aux FVVIH nées au Québec ou originaires d'un pays où le VIH est endémique, des modifications au modèle de Robinson et ses collègues (2002) ont été apportées. Ces changements tiennent davantage compte de leur réalité (figure 2.2). Étant donné que Robinson *et al.* (2002) suggèrent que l'environnement social et culturel influence la SSR, l'accès aux ressources, les services de SSR et les traitements, les normes sociales, les lois et politiques sur la SSR des FVVIH, la violence et les inégalités de genre se retrouve en arrière plan dans la figure 2.2. Le modèle de SSR a été construit en forme de fleur pour démontrer qu'au centre, les besoins en matière de SSR seront

influencés par les six composantes (pétales), qui elles-mêmes peuvent s'influencer. Par exemple, avoir des difficultés à communiquer ses besoins sexuels pourrait rendre la négociation du condom complexe, qui elle-même pourrait influencer négativement le fonctionnement sexuel.

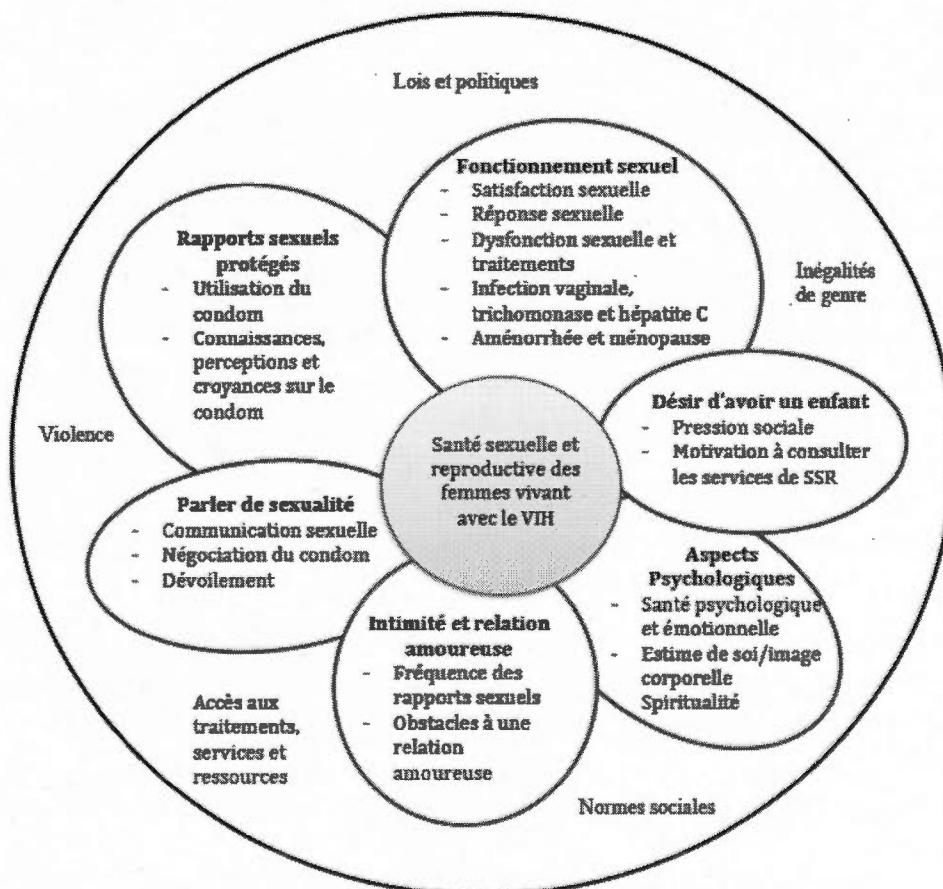


Figure 2.2 Adaptation du *Sexual Health Model*, de Robinson et al., 2002

En comparant les deux modèles, il est possible de constater que certaines composantes du modèle original, comme « masturbation et fantasmes », n'ont pas été prises en considération, étant donné le peu d'études couvrant ces aspects auprès des FVVIH. D'autres composantes ont été classifiées différemment, comme c'est le cas de « image corporelle » et « spiritualité » qui sont abordées dans la composante

« aspect psychologique » du modèle adapté. De plus, certaines composantes ont plutôt été considérées comme des aspects faisant partie de l'environnement social et culturel des FVVIH, dont les services de santé sexuelle.

2.2. L'adaptation culturelle

L'adaptation culturelle est un processus qui permet de modifier une intervention au niveau de ses caractéristiques clés (activités choisies et méthodes de déploiement, par exemple) sans en modifier ses éléments fondamentaux et sa logique interne (théorie et relation entre les activités et déterminants comportementaux avec les effets attendus du programme). Il s'agit donc d'un compromis entre un programme correspondant aux caractéristiques de la nouvelle population et la fidélité aux éléments fondamentaux du programme original (McKleroy *et al.*, 2006). Pour chacun des éléments du programme pouvant être modifiés, il est essentiel de questionner leur pertinence avec les besoins, les caractéristiques et l'environnement de la population cible et de vérifier s'il devrait y avoir des ajouts, des suppressions ou modifications à ceux-ci (Tortolero *et al.*, 2005).

Dans leur ouvrage, Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb et Fernandez (2011) proposent un modèle spécifique à l'adaptation culturelle de programmes d'intervention, directement inspiré de l'intervention ciblée. Ce modèle, qui se retrouve également dans l'article de Lerlooijs, Ruiter, Darwisyah, Kok et Bartholomew (2011), a servi de cadre pour guider l'adaptation culturelle. Le tableau 2.1 présente spécifiquement les différentes étapes à suivre pour mener à bien l'adaptation culturelle et les tâches qui y sont reliées (Bartholomew *et al.*, 2011, p. 561-564).

Tableau 2.1
Les étapes de l'adaptation culturelle selon Bartholomew *et al.*, 2011

Étapes	Tâches
1. Analyse des besoins	1.1. Décrire le modèle logique de la problématique pour la nouvelle population 1.2. Comparer le modèle logique de la problématique de l'ancienne population avec celui de la nouvelle population. 1.3. Décrire comment les deux modèles concordent et diffèrent en ce qui concerne le contexte, les facteurs reliés à la problématique, etc.
2. Matrice : Modèle logique de changement	2.1. Avoir le modèle logique du programme original (matrice) 2.2. Ajouter et enlever des objectifs ou des déterminants 2.3. Réaliser le modèle logique de la nouvelle population
3. Idées du programme : Méthodes théoriques et applications pratiques en lien avec les objectifs de changement	3.1. Réviser le programme original pour analyser les méthodes théoriques 3.2. S'assurer qu'il y a suffisamment d'activités pour répondre à l'ensemble des objectifs. 3.3. Ajouter, modifier ou enlever des méthodes théoriques et s'assurer qu'elles sont cohérentes avec les applications pratiques.
4. Production du programme (composantes du programme et diffusion de celui-ci)	4.1. Examiner si le programme original concorde avec les nouvelles méthodes théoriques (matériel, séquence, etc.) 4.2. Regarder avec la population locale le programme 4.3. Faire les modifications nécessaires au programme

En fait, pour adapter culturellement le programme, il faut reprendre les quatre premières étapes de l'intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2011). Considérant que l'intervention ciblée est aussi le modèle à la base de la conception du projet de SSR malien, il était judicieux de prendre également le modèle de Bartholomew *et al.* (2011) pour l'adaptation culturelle.

Dans l'optique de mieux comprendre le tableau 2.1, les quatre premières étapes de l'intervention ciblée de Bartholomew *et al.* (2011) sont définies dans ce paragraphe. La première étape concerne l'analyse des besoins de la population cible, des facteurs qui y sont associés et du contexte environnemental dans lequel évolue cette population. Il faut alors réaliser une recension des écrits, aller chercher des données probantes sur la population cible et concevoir un modèle logique exposant la problématique de la population cible. La deuxième étape consiste à réaliser une matrice d'intervention, c'est-à-dire établir les objectifs du programme et les déterminants personnels et externes s'y rattachant. Plus précisément, il faut cibler en premier un objectif comportemental à atteindre, c'est-à-dire le résultat ultime attendu lorsque les participantes auront participé à l'ensemble des ateliers et deuxièmement, établir des objectifs de performance ou actions observables que les participantes développeront durant le programme afin d'atteindre l'objectif comportemental (Bartholomew *et al.*, 2011). La troisième étape se rapporte à la sélection de méthodes théoriques et à la conception des applications pratiques (activités). En fait, les méthodes théoriques sont des techniques ou processus permettant d'induire le changement attendu selon les déterminants personnels et externes retenus. Les méthodes théoriques découlent de différentes théories, dont certaines sont plus efficaces que d'autres pour amener un changement en fonction des déterminants sélectionnés. Il faut aussi s'assurer que l'ensemble des objectifs soit répondu par les applications pratiques et que ces dernières concordent avec les caractéristiques de la population. La quatrième étape oriente la conception du programme en ce qui concerne sa structure, ses activités et le matériel didactique (Bartholomew *et al.*, 2011).

De plus, afin de garantir de meilleurs résultats dans l'adaptation culturelle du programme malien, cinq stratégies développées par Kreuter, Lukwago, Bucholtz, Clark et Sanders-Thompson (2003) avaient été utilisées. Ces chercheurs se sont intéressés aux stratégies qui contribueraient à rejoindre la nouvelle population cible et

à leur offrir un programme mieux adapté à leur réalité (Kreuter *et al.*, 2003). Les stratégies périphériques rappellent d'utiliser du matériel qui correspond à la population cible en ce qui concerne les images, le titre et les photos, par exemple. Les stratégies probantes concernent l'utilisation de données correspondant aux caractéristiques de la population cible pour que celle-ci se reconnaisse dans la problématique et se sente concernée. Les stratégies linguistiques soulignent l'importance d'utiliser un langage approprié au groupe cible. Les stratégies participatives des femmes suggèrent d'utiliser l'expérience des membres du groupe cible pour les rejoindre et d'impliquer les membres de la population cible dans le processus de décision. Les stratégies socioculturelles sont de s'assurer que le programme reflète les valeurs culturelles et les caractéristiques de la population cible (Kreuter *et al.*, 2003).

2.3. L'évaluation du programme

Pour évaluer le programme adapté au Québec, deux types d'évaluation ont été choisis, soit l'évaluation d'implantation et l'évaluation formative des effets.

Le modèle logique de Stufflebeam permet de guider ces deux types d'évaluation, puisqu'il s'agit d'un modèle orienté vers la prise de décision et utilisé autant dans un cadre d'évaluation formative, que sommative (Stufflebeam et Shinkfield, 2007). Bien que Stufflebeam s'intéresse à quatre types d'évaluations dans son modèle (contexte, intrant, processus et produit) (CIPP), aux fins de cette recherche, uniquement l'évaluation du processus (implantation) et une partie de l'évaluation du produit (effets) ont été réalisées.

En effet, pour Stufflebeam, l'évaluation de contexte est orientée vers la planification des changements perçus en recueillant des informations pour établir des priorités concernant le cadre théorique et les objectifs, alors que l'évaluation de l'intrant consiste à déterminer un plan d'action, le budget et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs et répondre aux besoins de la clientèle (Stufflebeam et Shinkfield, 2007). Ces deux évaluations, bien que réalisées en partie lors de l'adaptation culturelle du programme et lors de la préparation de l'implantation, ne sont pas suffisamment documentées dans cette recherche pour s'y attarder davantage.

Toujours selon Stufflebeam, l'évaluation de l'implantation consiste à évaluer et juger de la mise en œuvre du programme et de ses activités, ainsi que de déterminer les facteurs qui pourraient influencer les résultats et son interprétation (Stufflebeam et Shinkfield, 2007). Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer l'implantation. Par exemple, l'adéquation entre les éléments du programme prévus et les éléments mis en œuvre ou l'engagement et l'acceptation qu'éprouvent les participantes à l'égard du programme (Nadeau, 1988). En ce sens, cette définition rejoint les objectifs mêmes de cette recherche, qui s'intéresse autant à l'adéquation entre ce qui est initialement planifié et ce qui est implanté, qu'aux facteurs contextuels ayant entravé ou facilité l'implantation du programme et l'appréciation des participantes.

L'évaluation d'implantation présente certains avantages. D'une part, cette évaluation est nécessaire lorsqu'un programme est à l'état de projet pilote ou n'a jamais été implanté. D'ailleurs, Rossi, Lipsey et Freeman (2004) mentionnent que l'évaluation d'implantation permet aux évaluateurs et décideurs d'améliorer le programme grâce à la rétroaction rapide qu'apporte cette évaluation, puisque les difficultés d'implantation et les obstacles pouvant survenir sont alors promptement observés. D'autre part, il s'agit d'une décision judicieuse pour tous chercheurs désirant avoir des informations ethnographiques et contextuelles profitables. Ce type d'évaluation permet d'obtenir des données sur la perception des acteurs clés envers le programme

et sur certains aspects culturels pouvant influencer le déroulement du programme (Werner, 2004). Il s'agit d'un avantage d'autant plus intéressant, considérant qu'il s'agit d'un programme ayant été adapté culturellement. De plus, le succès d'un programme est dépendant en grande partie des ajustements qui seront faits à celui-ci grâce aux données recueillies lors du processus (Nadeau, 1988).

L'évaluation des effets consiste à mesurer et à interpréter les effets à court et à long terme du programme et à déterminer si les objectifs sont atteints (Stufflebeam et Shinkfield, 2007). D'une part, ce type d'évaluation offre la possibilité de recueillir des données primordiales pour vérifier l'efficacité d'une intervention et son influence. D'autre part, il devient possible de soulever des effets inattendus du programme (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz et Denis, 2011). L'avantage d'utiliser ce modèle pour ce type d'évaluation est que Stufflebeam et Shinkfield (2007) précisent que les effets obtenus permettront de déterminer si le programme doit être modifié ou non et d'orienter les décisions qui seront à prendre. D'un autre côté, la meilleure approche pour évaluer les effets est de combiner différentes techniques ou méthodologies (Nadeau, 1988).

La figure 2.3 présente un schéma du modèle logique CIPP (contexte, intrant, processus et produit) adapté aux visées de cette recherche. Les critères et les normes établis pour faciliter l'interprétation des résultats obtenus suite à l'évaluation de l'implantation et des effets se retrouvent également dans la figure. Comme suggéré par Champagne, Hartz, Brousselle et Contandriopoulos (2011), les critères et les normes ont été validés par une chercheuse ayant une expertise dans l'évaluation de programme, ainsi qu'une bonne connaissance de la population cible.

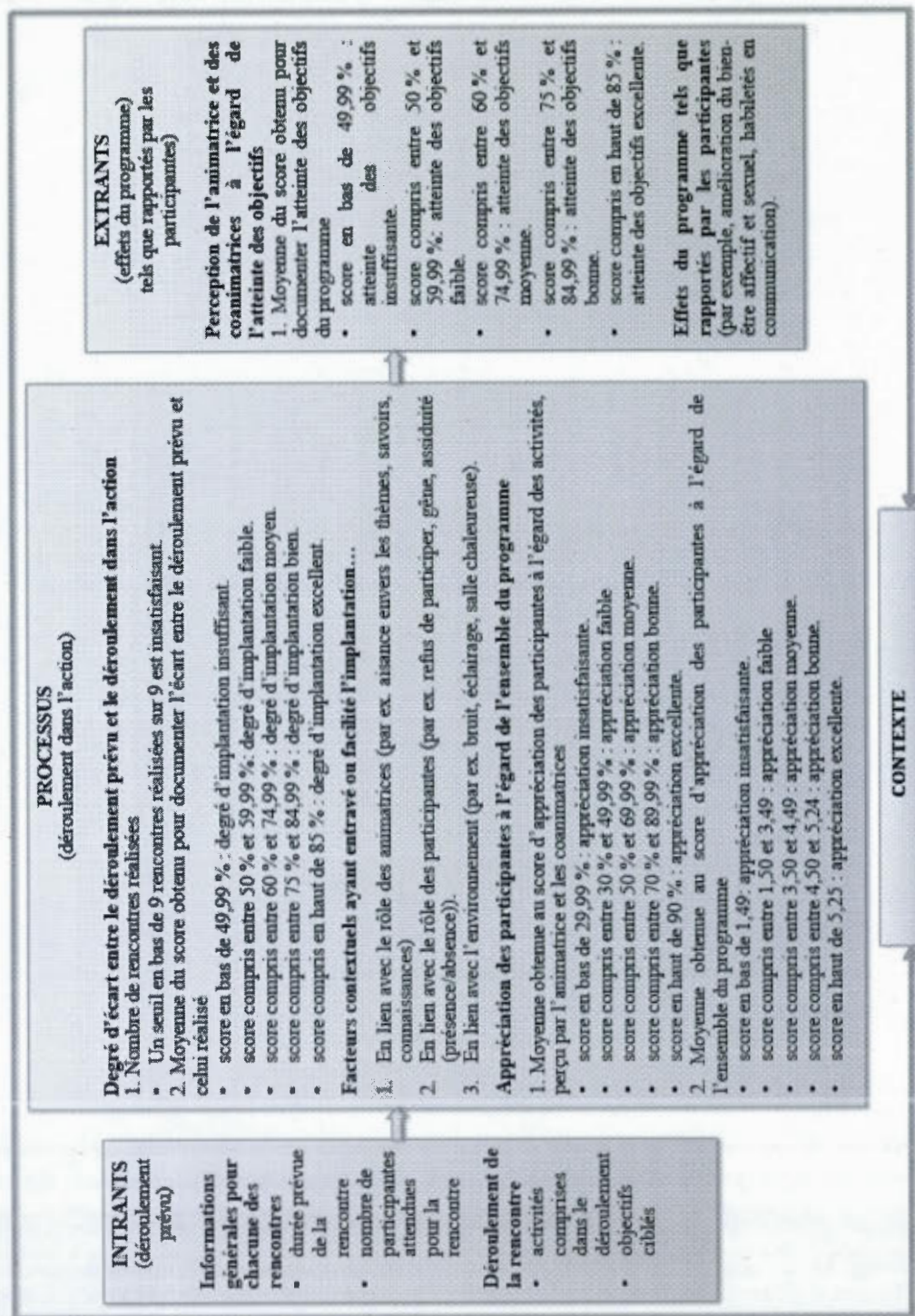


Figure 2.3 Application du modèle logique CIPP de Stufflebeam (inspiré de Stufflebeam et Shinkfield, 2007)

CHAPITRE III

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans cette section, la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH sera décrite. Par la suite, les programmes d'intervention à leur intention, ainsi que l'adaptation culturelle et l'évaluation des programmes d'intervention sur la SSR des FVVIH seront présentés.

3.1. La santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH

Cette section présente un aperçu de la santé sexuelle et reproductive des FVVIH en tenant compte des dimensions psychologiques, culturelles, sociales et sexologiques, puisqu'il s'agit de composantes inhérentes à la SSR et que ces aspects s'interinfluencent. L'environnement social et culturel est également abordé dans cette section. Néanmoins, une limite au niveau des connaissances à l'égard de la dynamique relationnelle, amoureuse et intime des FVVIH est perceptible, puisque les articles recensés couvraient peu ces dimensions. Dans ce sens, l'accent est surtout mis sur la réduction des risques de transmission, les aspects biologiques de la SSR des FVVIH, le fonctionnement sexuel, les comportements sexuels et le dévoilement du statut sérologique.

3.1.1. L'environnement social et culturel des femmes vivant avec le VIH

Considérant que le portrait des FVVIH au Québec est constitué d'un pourcentage non négligeable de FVVIH originaires d'un pays endémique, il importe de tenir compte des conditions socioéconomiques et culturelles dans lesquelles ces femmes ont évolué, surtout que ces conditions viendront teinter leur SSR.

Dans le bilan annuel du Centre d'Action Sida Montréal (CASM), un organisme communautaire desservant des services spécifiques aux FVVIH sur l'île de Montréal, il est mentionné que la majorité des FVVIH membres de leur organisme vivaient avec de faibles revenus (Burnett *et al.*, 2010). Pour plusieurs d'entre elles, il est ardu de répondre aux besoins primaires de leur famille (Trottier *et al.*, 2005).

Les femmes provenant d'Afrique ont grandi dans un climat culturel où les relations de genre sont caractérisées par une domination masculine, augmentant ainsi leur vulnérabilité (Traoré, 2011; OMS, 2009; Haut Conseil National de lutte contre le Sida, Mali, 2008). Les communautés caraïbéennes sont aussi confrontées à ce déséquilibre au niveau des rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes. Par les normes sociales et religieuses dictées dans leur pays d'origine, plusieurs considèrent que les femmes doivent se soumettre aux hommes, ce qui affecte négativement leur sphère sexuelle (James, 2006). Des chercheurs ont démontré dans une recherche élaborée à partir d'un échantillon de 1 415 femmes habitant l'Afrique du Sud qu'une plus grande proportion de femmes séropositives avaient subi de la violence dans leur relation de couple et vivaient dans des conditions d'inégalité de genre plus grande que celles qui ne sont pas infectées (Jewkes, Dunkle, Nduna et Shai, 2010). Les femmes originaires d'Afrique et des Caraïbes sont habituées à ce qu'un silence règne sur les problèmes de violence, puisque le peu de femmes qui dénoncent cette forme d'abus sont par la suite confrontées à une stigmatisation et à

une répression venant de la famille (James, 2006). La violence conjugale n'est pas un phénomène se limitant seulement aux pays où le VIH est endémique, comme le témoigne une prévalence élevée au Québec. Sur une période de cinq ans, au Québec, il a été évalué qu'une femme sur dix-neuf avait vécu de la violence physique de la part de son conjoint actuel ou de son ex-conjoint (Institut de la statistique du Québec, 2007). L'équipe de Trottier (2005) a démontré dans une recherche réalisée auprès de 42 FVVIH au Québec, que plusieurs FVVIH, en particulier les immigrantes, ont peur des réactions de leur partenaire si elles affirment leurs besoins sexuels ou dévoilent leur statut.

La violence exercée par le partenaire est également plus fréquente auprès des FVVIH, comparativement à celles qui sont séronégatives. Les femmes atteintes du VIH sont deux fois plus nombreuses à rapporter avoir subi un épisode de violence que les séronégatives et ce taux s'élève à dix fois lorsqu'il s'agit des femmes séropositives de trente ans et moins, d'après une étude réalisée en Tanzanie (Maman *et al.*, 2002). Par ailleurs, selon une étude africaine, près de 14 % de l'incidence des infections au VIH pourrait être évitée si les femmes avaient plus de pouvoir dans les relations de genre et 11,9 % des nouvelles infections pourraient être évitées si les femmes vivaient moins d'épisodes de violence physique et sexuelle (Jewkes *et al.*, 2010). En Amérique du Nord, des chercheurs ont aussi démontré une forte association entre des épisodes de violence conjugale dans la dernière année et un diagnostic séropositif au VIH. Il a été observé que 11,8 % des diagnostics pouvaient être dus à la violence conjugale qu'auraient subie ces femmes (Sareen, Pagura et Grant, 2009).

La mutilation génitale féminine (MGF) est un autre aspect à tenir compte, considérant qu'il s'agit d'une pratique répandue en Afrique (James, 2006; Samaké *et al.*, 2006). Des chercheurs, ayant comparé un groupe de 130 femmes ayant subi une mutilation génitale avec un groupe de 130 femmes sans mutilation génitale, toutes actives sexuellement, ont démontré que la réponse sexuelle du premier groupe est affectée

négativement. À l'aide de résultats statistiquement significatifs, ces chercheurs concluent que les MGF nuisent à l'excitation, à la lubrification, à l'atteinte de l'orgasme et à la satisfaction sexuelle des femmes (Alsibiani et Rouzi, 2010). D'autres chercheurs, qui ont réalisé une recension de 17 écrits sur les conséquences des MGF auprès d'un total de 12 755 femmes provenant de différents pays, ont établi que les femmes ayant subi une MGF rapportent en plus grand nombre vivre de l'insatisfaction sexuelle, des douleurs lors des relations sexuelles ou une baisse du désir sexuel (Berg, Denison et Fretheim, 2010). Toutefois, ces auteurs mentionnent que les études recensées présentent une quantité insuffisante de données pour définir quelles seraient les conséquences psychologiques et sociales des MGF (Berg, Denison et Fretheim, 2010). Diouf et Nour (2013), après avoir effectué une recension des écrits portant sur la transmission du VIH et les MGF, ont démontré qu'actuellement, il subsistait encore trop de lacunes dans les études scientifiques pour comprendre adéquatement le lien entre ces deux variables (Diouf et Nour, 2013).

3.1.2. L'accès aux traitements, services et ressources en matière de SSR

Les initiatives du gouvernement canadien pour une meilleure intégration des initiatives de traitement du VIH/sida aux autres maladies, combinées à un meilleur accès aux traitements font que la transmission verticale a pratiquement disparu au Canada (Gouvernement du Canada, 2004) et que le traitement est disponible sur l'ensemble du territoire (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida, 2005). Nonobstant ces améliorations, il subsiste encore de nombreuses PVVIH, y compris celles provenant des grandes villes, qui éprouvent des difficultés d'accessibilité aux soins et aux traitements. Une pénurie de médecins et de fournisseurs de soins de santé jumelée à la complexité des besoins de cette population nuisent à une meilleure prise en charge de leur SSR. À ces défis se rajoutent d'autres

difficultés, comme une dépendance financière ou des abus (ACSP, 2005). « La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida, dont le sexisme, la transphobie, les préjugés de classe, l'histoire passée de colonisation et le racisme, peuvent également limiter l'accès des femmes aux services de santé, notamment au dépistage, aux soins et au traitement du VIH » (ASPC, 2012c, p. 117).

Le gouvernement fédéral a fondé en 1990 un programme d'action communautaire sur le sida (PACS) dans l'optique d'offrir un financement aux organismes communautaires oeuvrant auprès des PVVIH. Au total, 160 organismes ont été financés (ASPC, 2008). Toutefois, Mélot (2005), qui s'est intéressée aux services et programmes d'éducation à la santé proposés aux FVVIH dans la région de Montréal et ses environs, a établi que quatorze organismes rejoignaient cette population et qu'uniquement sept offraient un service de groupe de soutien (Mélot, 2005). À l'heure actuelle, un des organismes n'existe plus. Les services individuels les plus proposés sont l'intervention psychosociale et les lignes d'écoute (Mélot, 2005). Ainsi, il apparaît que les FVVIH au Québec ont peu de services et d'occasions pour discuter entre elles de leur SSR.

Certains facteurs viennent jouer sur l'attrition des FVVIH à suivre un programme en lien avec la SSR. Une étude, réalisée en Afrique, a mis en évidence que les FVVIH qui abandonnaient un programme de réduction de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) justifiaient cette action par la peur que leur statut sérologique ne soit dévoilé involontairement, la crainte que la communauté réagisse négativement à cette annonce, les relations de genre inégales ou une accessibilité aux soins difficile. À l'inverse, le fait d'avoir un bon réseau social augmente la participation des FVVIH à suivre ce type de programme (Chinkonde, Sundby et Martinson, 2009). Ces peurs sont dans certains cas fondées. L'ONUSIDA et l'OMS (2007) mentionnent dans leur rapport, basé sur des études menées dans trois différents pays d'Afrique, que les FVVIH peuvent être considérées comme responsables d'avoir infecté les autres

membres de leur famille et jugées pour leurs comportements sexuels passés. Il arrive également que le résultat de leur dépistage soit dévoilé à d'autres individus sans leur consentement (ONUSIDA et OMS, 2007). Mundell, Visser, Makin, Forsyth et Sikkema (2012) ayant interrogé 144 FVVIH en Afrique du Sud ont également démontré que plusieurs de ces femmes anticipaient négativement leur participation à un groupe de soutien. Certaines étaient anxieuses de rencontrer des personnes qu'elles connaissaient déjà et avaient peur de vivre de la stigmatisation (Mundell et al., 2012). Ces éléments sont donc à considérer dans un programme de SSR visant une meilleure autonomisation des FVVIH.

3.1.3. Une santé psychologique et émotionnelle fragile

L'*Ontario HIV Treatment Cohort Study* révèle que les PVVIH ont une qualité de vie moindre comparativement à la population en général, surtout en ce qui concerne leur état de santé mentale. Plus précisément, les FVVIH rapportent vivre davantage de symptômes négatifs que les hommes séropositifs au VIH. La nervosité, la fatigue, la douleur ou la tristesse sont des symptômes qui ont été mentionnés (Bayoumi *et al.*, 2011). Une autre étude clinique a démontré qu'une faible quantité de cellules du système immunitaire et qu'une charge virale élevée augmentent les probabilités que les femmes séropositives souffrent de symptômes dépressifs ou d'anxiété (Dwight *et al.*, 2002). Être victime de stigmatisation augmente les symptômes dépressifs, mais aussi les comportements sexuels à risque et nuit à une bonne adhérence au traitement (Wingood *et al.*, 2012). La stigmatisation est d'ailleurs très fréquente pour un grand nombre de FVVIH. Liamputtong, Harritavom et Kiatying-Angsulee (2009), qui s'intéressent à l'expérience des FVVIH en Thaïlande, mentionnent que les 26 FVVIH interrogées par leur étude doivent gérer quotidiennement la discrimination et la stigmatisation. Que ce soit au Québec ou encore en Afrique, les FVVIH sont

susceptibles de subir de la stigmatisation (Wallach *et al.*, 2013; ONUSIDA et OMS, 2007 ; Manseau-Young, 2013).

3.1.4. Une faible estime de soi

Bon nombre de FVVIH en Afrique, malgré le fait qu'elles aient respecté les normes sociales, se perçoivent à travers des notions de souillure, de honte et d'abus (Sow et Deslcaux, 2011). D'autres considèrent que leur communauté les perçoit comme des femmes méritant leur sort, étant donné leur supposée incapacité à contrôler leur désir sexuel (Trottier *et al.*, 2005). D'ailleurs, certaines femmes séropositives au VIH, originaires d'Afrique ou d'Haïti, ont l'impression que la société québécoise leur attribue la responsabilité de la propagation de la maladie (Trottier *et al.*, 2005). D'après les données d'une recherche américaine, certaines croient aussi qu'un partenaire sexuel potentiel en apprenant leur statut séropositif au VIH va les juger et les percevoir sales, ayant des comportements sexuels débridés ou encore étant des consommatrices de drogues (Psaros *et al.*, 2012). Elles perçoivent que le VIH a diminué leur valeur (Psaros, Barinas, Robbins, Bedoya, Safren et Park, 2012).

Un autre aspect susceptible de diminuer leur estime personnelle est lorsque les traitements antirétroviraux entraînent la lipodystrophie ou la lipoatrophie, c'est-à-dire une mauvaise répartition des graisses corporelles. Les femmes aux prises avec ces problèmes se sentent diminuées dans leur féminité (Trottier *et al.*, 2005). Pour d'autres FVVIH, les transformations corporelles affecteront négativement leurs émotions, leur intimité, de même que leurs relations sociales. Certaines se sentiront moins désirables sexuellement et leur fonction sexuelle sera affectée négativement (Luzi *et al.*, 2009). Ce dernier point corrobore les résultats obtenus dans une recherche ayant recensé 57 études portant sur l'interaction entre la sexualité et

l'image corporelle. Les auteurs de cette recension des écrits ont démontré qu'une mauvaise perception de son image corporelle affecte négativement l'ensemble des aspects compris dans le fonctionnement sexuel, dont le désir et la satisfaction sexuelle (Woertman et Van den Brink, 2012).

3.1.5. La pression sociale d'avoir un enfant

Celles qui sont encore nullipares vont quant à elles ressentir de la pression venant de leur entourage, augmentant alors leur désir d'avoir un enfant. L'enjeu de procréer est tellement présent dans certaines communautés africaines que des femmes peuvent se retrouver dans des situations de plus grande vulnérabilité, comme le danger d'être dévalorisées ou de se retrouver dans une situation précaire au plan économique si elles ne conçoivent pas d'enfant(s) (Sow et Desclaux, 2011). Au Canada, toutefois, plusieurs FVVIH deviennent enceintes sans l'avoir planifié. Ainsi, sur une cohorte de 416 FVVIH enceintes, un peu plus de la moitié indique que leur dernière grossesse n'était pas attendue (Loufty *et al.*, 2012b).

3.1.6. Le désir d'enfant, une motivation à consulter les services de SSR

Le désir de procréer est un puissant motivateur pour les femmes à consulter les services reliés à la SSR, incluant la planification familiale. Les femmes qui sont enceintes ou mères de famille sont empreintes d'un sentiment très fort de devoir se maintenir en bonne santé pour l'avenir de leur enfant (Bila, 2011). Dans de nombreuses cultures, la responsabilité de subvenir aux besoins de la famille incombe aux femmes (ONUSIDA et OMS, 2007).

3.1.7. L'importance de la spiritualité et des croyances dans la sexualité

Dans une étude qualitative réalisée auprès de 46 FVVIH afro-américaines, caucasiennes ou latino-américaines, des chercheurs ont mis en évidence que la spiritualité et la foi religieuse jouent un rôle important sur le bien-être des FVVIH. Ces dernières affirment que cela les aide à réduire leur niveau de stress et à obtenir du soutien social (Peterson, Johnson et Tenzek, 2010). D'ailleurs, des chercheurs québécois, ayant réalisé une étude qualitative auprès de PVVIH de cinquante ans et plus, révèlent que les deux tiers des participant(e)s interrogé(e)s puisent dans leurs croyances spirituelles et religieuses une source de soutien et de réconfort (Wallach *et al.*, 2013).

D'un autre côté, certaines FVVIH ont des croyances pouvant nuire à leur santé. Dans une étude interrogeant des personnes séropositives et séronégatives issues des communautés caraïbéennes et africaines, il ressort que la sexualité et les problèmes de santé physique ou psychologique sont perçus comme des sujets tabous (Gardezi *et al.*, 2008). Plusieurs croyaient que le VIH était une maladie affectant uniquement les homosexuels et comme il existe un déni de cette orientation sexuelle, le VIH est aussi dénié. D'autres personnes ont mentionné que les gens qui respectent les enseignements dictés par la religion sont immunisés au VIH (Gardezi *et al.*, 2008). De plus, des chercheurs ayant interrogés à Londres 62 FVVIH originaires de 11 pays africains ont démontré que 92 % des participantes puisaient dans leur foi une source majeure de réconfort et de force. Par contre, certaines croyaient que leur foi est suffisamment puissante pour les guérir du VIH et que la nécessité de suivre un traitement antirétroviral s'explique par des prières inadéquates (Anderson et Doyal, 2004).

Les croyances religieuses peuvent aussi avoir un impact sur les attitudes et les fantasmes sexuels des adultes. Ahrold, Farmer, Trapnell et Meston (2011) ont démontré certaines différences dans les attitudes et les fantasmes des personnes, selon leur groupe religieux d'appartenance. Par exemple, les personnes athées ou agnostiques rapportent avoir davantage de fantasmes sexuels, que les croyants. Néanmoins, les auteurs mentionnent que leurs résultats démontrent que les différences individuelles au niveau de l'adhérence religieuse constituent de meilleurs indicateurs pour comprendre les attitudes sexuelles que l'appartenance à une religion en particulier (Ahrold *et al.*, 2011). De plus, la religion peut aussi être reliée à des comportements sexuels à risque. Hawes et Berkley-Patton (2012), qui ont interrogé aux États-Unis 255 adultes afro-américains, ont établi que bien que ceux-ci soient très religieux, ils rapportaient une utilisation inconstante du condom et étaient vulnérables à la transmission du VIH.

3.1.8. La fréquence des rapports sexuels

Malgré l'efficacité des traitements antirétroviraux, les FVVIH à l'ère actuelle passent par les mêmes phases comportementales que celles diagnostiquées au début des années 2000, c'est-à-dire une période d'évitement de tous contacts sexuels suivie d'une « reprise graduelle de la sexualité, souvent motivée par une nouvelle union ou un projet de procréation » (Sow et Desclaux, 2011, p. 175).

Toutefois, l'abstinence reste une solution envisagée par plusieurs de ces femmes (De Tubino et Abdo, 2010). Au Québec, des FVVIH âgées de 50 ans et plus mentionnent ne plus avoir de relations sexuelles depuis plusieurs années (Wallach *et al.*, 2013). Selon Schiltz, Bouhnik, Préau et Spire (2006), 22 % des FVVIH seraient inactives sexuellement. Parmi celles qui sont moins susceptibles d'être abstinentes se

retrouvent celles qui ont divulgué leur statut sérologique à leur partenaire, celles qui désirent procréer et celles qui mentionnent avoir eu un partenaire occasionnel durant les trois derniers mois (Loubière, Boyer, Blanche, Spire et Peretti-Watel, 2011). Dans une recherche réalisée auprès de 2932 PVVIH, le taux d'abstinence sexuelle sur une période d'un an est d'une personne sur cinq et ce taux augmente avec l'âge de l'individu. Dans la catégorie d'âge la plus élevée, c'est-à-dire entre 60 et 69 ans, 90 % des femmes n'ont plus de relations sexuelles. Celles qui n'ont pas de partenaire stable ont aussi une plus faible activité sexuelle. À partir de la trentaine, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à être abstinentes (Schiltz *et al.*, 2006). Le taux d'inactivité sexuelle est aussi plus élevé chez celles qui consomment des produits psychoactifs (Schiltz *et al.*, 2006). Les FVVIH originaires d'Haïti ou des Caraïbes sont plus nombreuses à mentionner éviter d'avoir un partenaire sexuel pour réduire les risques de transmission, que celles qui sont nées en Amérique du Nord ou en Europe (St-Pierre-Gagné et Otis, 2012).

Pour certaines femmes, l'abstinence sexuelle ne se limite pas au coït, mais aussi à l'ensemble des contacts sexuels (Gurevich, Mathieson, Bower et Dhayanandhan, 2007), des rapports buccogénitaux et des baisers (Troussier et Tourette-Turgis, 2006). Environ 25 % des séropositifs rapportent s'être engagés dans des relations sexuelles dénuées de pénétration. Certains utilisent la masturbation pour éviter un rapport sexuel impliquant une pénétration avec leur partenaire (Lifshay *et al.*, 2009) ou pour tout simplement satisfaire leurs besoins sexuels (Lambert, Keegan et Petrak, 2005). D'autres FVVIH, par crainte de perdre leur partenaire vont accepter les avances sexuelles de ce dernier, malgré leur désir sexuel faible (Gurevich *et al.*, 2007). Même si quelques FVVIH se sentent bien dans l'abstinence sexuelle, d'autres trouvent cela difficile et éprouvent un sentiment de solitude (Psaros *et al.*, 2012).

3.1.9. Une faible satisfaction sexuelle

Le taux de satisfaction sexuelle a diminué auprès de cette population depuis l'annonce de leur diagnostic (Siegel, Schrimshaw et Lekas, 2006). Dans une étude marocaine ayant interrogé 72 FVVIH, le taux d'insatisfaction sexuelle atteint 70 % (El Fane *et al.*, 2010). Des chercheurs démontrent dans une analyse réalisée à partir des résultats d'une enquête effectuée auprès de 2932 personnes séropositives que les FVVIH sont deux fois plus nombreuses à rapporter être insatisfaites sexuellement que les hommes séropositifs (Schiltz *et al.*, 2006). Dans le même ordre d'idées, le tiers des PVVIH au Québec ayant été interrogées dans une étude qualitative déclarent vivre, soit des difficultés au plan des relations amoureuses ou soit être insatisfaites de leur vie amoureuse (Wallach *et al.*, 2013).

3.1.10. Une réponse sexuelle affectée négativement

Le VIH affecte négativement la réponse sexuelle dont l'excitation, le désir et le plaisir sexuel (El Fane *et al.*, 2010). Des chercheurs européens ont mis en relief que les dysfonctions sexuelles sont fréquentes auprès des 166 FVVIH questionnées dans leur étude (Florence *et al.*, 2004). Ces dysfonctions sexuelles augmentent faiblement avec l'âge, affectant 16 à 17 % des FVVIH ayant 50 ans et moins, comparativement à 21 % après la cinquantaine (Schiltz *et al.*, 2006). Effectivement, les changements physiologiques du vieillissement peuvent nuire, aux dires de certaines FVVIH âgées de 50 ans et plus, à une vie sexuelle active et épanouissante en engendrant différentes difficultés, comme une baisse de désir lors de la ménopause ou des difficultés au niveau de la sécheresse vaginale (Wallach *et al.*, 2013). El Fane et son équipe (2010) révèlent dans leur étude que 60 % des FVVIH souffraient d'un trouble sexuel, alors qu'elles n'étaient que 8 % à en vivre un avant leur diagnostic. Florence *et al.* (2004)

ont observé que la baisse de désir était le trouble sexuel le plus fréquent chez les FVVIH, de même que les problèmes de douleur ou de lubrification chez celles qui sont dépressives, irritables ou anxieuses. La baisse de désir peut aussi amener les femmes à se sentir tristes, anxieuses et bouleversées (Siegel, Schrimshaw et Lekas, 2006).

3.1.11. Dysfonctions sexuelles et traitements antirétroviraux

Bien que des études dénotent l'absence de corrélation significative entre la prise d'un traitement antirétroviral et les dysfonctions sexuelles (Wilson *et al.*, 2010; Florence *et al.*, 2004), d'autres chercheurs ont établi certains liens. Alors que 30 % des femmes remarquent une amélioration de leur santé sexuelle depuis la prise d'un traitement antirétroviral (El Fane *et al.*, 2010), certaines vivent plus de dysfonctions sexuelles à cause de la lipodystrophie, qui affecte négativement l'apparence physique et diminue son sentiment de désirabilité (Luzi *et al.*, 2009). Plus précisément, une mauvaise perception de son image corporelle augmente la probabilité de vivre des dysfonctions sexuelles (trouble de l'orgasme, baisse du désir, etc.) (Luzi *et al.*, 2009). Une combinaison des effets secondaires des traitements antirétroviraux et des effets de la postménopause peut également être responsable d'une moins bonne perception de son apparence (Psaros *et al.*, 2012). Certaines femmes, attribuant la cause de leurs problèmes sexuels au traitement, demandent à leur médecin de changer de traitements ou encore choisissent d'arrêter définitivement la prise de médicaments antirétroviraux. L'efficacité de ces deux moyens pour régler les problèmes sexuels demeure encore faible (Florence *et al.*, 2004).

3.1.12. Les infections vaginales, l'infection au trichomonas et l'hépatite C

À partir d'un échantillon de 856 femmes séropositives, Duerr *et al.* (2003) rapportent que la prévalence de l'infection vaginale au candida de type 1 se situe à 16,1 % chez les FVVIH comparativement à 9 % pour les femmes non infectées. Ils observent aussi que plus le taux de cellules CD4 diminue et plus la prévalence des infections vaginales sera élevée (Duerr *et al.*, 2003). L'infection due au trichomonas, parasite transmissible sexuellement, a également une plus grande prévalence chez les femmes séropositives (Kissinger *et al.*, 2008). D'après les données recueillies auprès de 165 FVVIH au Québec, 8 % ont mentionné avoir contracté une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) au cours des six derniers mois (St-Pierre-Gagné et Otis, 2012). Les auteurs du rapport épidémiologique de l'Institut national de santé publique du Québec (2012b) soulignent que la proportion de PVVIH co-infectées par le virus de l'hépatite C a augmenté entre 1990 et 2006, passant de 4 % en 1990 à 15 % en 2006. De ce fait, lorsqu'une personne contracte une ITSS, elle est généralement plus vulnérable à en contracter une autre (INSPQ, 2012b).

3.1.13. Aménorrhée précoce et ménopause

Être atteinte du VIH/SIDA augmente la vulnérabilité des femmes à vivre des problèmes affectant la santé reproductive. Dans une recherche réalisée auprès de 1139 FVVIH et 292 femmes séronégatives au VIH, un lien entre l'aménorrhée prolongée et le statut séropositif a été démontré (Cejtin *et al.*, 2006). La ménopause précoce guette aussi plusieurs FVVIH. Schoenbaum, Hartel, Howard, Floris-Moore, Arnsten et Santoro (2005) ont conclu que 26 % des FVVIH ayant participé à leur étude commençaient leur préménopause à 40 ans avec un arrêt définitif de leurs menstruations à 46 ans. Dans les facteurs attribués à ce phénomène se retrouve le

faible taux de cellules CD4+ (Schoenbaum *et al.*, 2005). Considérant que la moyenne d'âge des nouveaux diagnostics au VIH au Québec est de 37 ans (INSPQ, 2012a), il s'agit d'une thématique qui serait pertinente de retenir dans le cadre d'une intervention.

3.1.14. Le VIH, un obstacle à une relation amoureuse

Les difficultés à gérer les questions reliées à leur statut, tels le dévoilement et la prise de risque, incitent encore des femmes à mettre un terme à leur relation amoureuse (Siegel, Schrimshaw et Lekas, 2006; Sow et Desclaux, 2011) ou à diminuer la fréquence de leurs activités sexuelles (Lifshay *et al.*, 2009). La diminution des contacts sexuels peut aussi provenir du partenaire, suite au dévoilement du statut de sa partenaire (Lambert, Keegan et Petrak, 2005). Les femmes séropositives au VIH vivant au Québec ne font pas exception, puisque selon une étude sur les PVVIH âgées entre 50 et 73 ans, le VIH engendre principalement quatre répercussions sur la sphère amoureuse. Ainsi, la crainte de transmettre le virus, le décès d'un partenaire dû au VIH, la difficulté à utiliser le condom et la stigmatisation sont des aspects ayant été exprimés à plusieurs reprises comme nuisibles à une vie amoureuse harmonieuse. Plus précisément, la stigmatisation est la difficulté la plus souvent mentionnée (Wallach *et al.*, 2013). Par exemple, la stigmatisation intériorisée est telle que certaines personnes préfèrent ne pas s'engager dans une relation amoureuse par peur du rejet ou se contentent d'un(e) partenaire actuel(le) croyant ne pouvoir rencontrer quelqu'un de mieux à cause de leur statut sérologique (Wallach *et al.*, 2013). Dans une autre étude réalisée auprès de FVVIH de cinquante ans, des résultats similaires sont rapportés, puisque des participantes auraient mentionné se sentir reconnaissantes envers un partenaire qui reste avec elles malgré leur statut sérologique (Psaros *et al.*, 2012).

3.1.15. L'utilisation du condom

L'utilisation du condom demeure non systématique auprès de la majorité des FVVIH (El Fane *et al.*, 2010; Wilson *et al.*, 2010; Illa *et al.*, 2008; Andia *et al.*, 2009). Dans une étude réalisée au Canada auprès d'une cohorte de femmes infectées par le VIH, les chercheurs ont mis en relief que celles-ci utilisent moins le condom que les hommes (53 % pour les femmes par opposition à 65 % des hommes) (Bayoumi *et al.*, 2011).

Celles qui désirent avoir un enfant ont moins recours à une méthode contraceptive que celles qui n'en désirent pas (Andia *et al.*, 2009). La durée de la relation avec un même partenaire peut aussi avoir une incidence négative sur l'utilisation du condom. Il a été rapporté que quelques FVVIH étaient davantage vigilantes à l'égard de la prise de risques au début de leur relation que par la suite (Sanders, 2009). Dans une autre recherche, les FVVIH sont plus portées à se protéger sexuellement lorsqu'elles ignorent si le partenaire est porteur du VIH/sida (Lambert, Keegan et Petrak, 2005). Dans une perspective semblable, lorsque les deux partenaires partagent le même statut sérologique, le risque de transmission sexuelle cesse d'être un enjeu majeur (Sow et Desclaux, 2011). Un manque de connaissances sur le VIH/sida et ses modes de transmission sont aussi associés à une plus faible utilisation du condom (Lovejoy *et al.*, 2008).

3.1.16. Les connaissances, perceptions et croyances à l'égard du condom

Depuis les années 2000, les femmes séropositives perçoivent différemment le risque de transmission comparativement à la fin des années quatre-vingt-dix. Une dédramatisation s'est effectuée progressivement (Sow et Desclaux, 2011). Cela

n'empêche pas pour autant que plusieurs sont empreintes d'un sentiment de culpabilité et de souffrance si elles ne se protègent pas sexuellement (Sow et Desclaux, 2011). La majorité des FVVIH sont conscientes que le condom permet de diminuer le risque de surinfection et de se protéger des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) (Lifshay *et al.*, 2009) et ressentent un devoir moral de se protéger (Trottier *et al.*, 2005). Les FVVIH justifient son utilisation par la volonté de réduire le risque de transmission au partenaire (Lifshay *et al.*, 2009; Sears, Cabrera-Rodriguez, Ortiz-Mejia, Anderson et Stein, 2008). Une recherche réalisée auprès de femmes issues de communautés afro-américaines a permis de constater que plusieurs ignoraient comment mettre le condom sur le pénis de l'homme, alors que d'autres connaissaient mal le condom féminin (Raja, McKirnan et Glick, 2007).

Plusieurs femmes d'origine africaine et haïtienne justifient la non utilisation du condom par diverses croyances spirituelles et religieuses. Par exemple, certaines croyances supportent l'hypothèse que le partenaire séronégatif serait immunisé au VIH, étant donné des expositions fréquentes au risque de transmission (Trottier *et al.*, 2005).

Le condom peut avoir comme symbolique de rappeler aux femmes qu'elles sont porteuses du VIH (Gurevich *et al.*, 2007). D'autres trouvent qu'il occasionne des inconforts durant la pénétration, qu'il diminue la spontanéité, la liberté sexuelle, le plaisir, les sensations sexuelles et nuit à l'abandon durant la relation sexuelle (Siegel, Schrimshaw et Lekas, 2006).

3.1.17. La communication sexuelle, un défi non négligeable

Les FVVIH, comparativement à celles dont le statut est séronégatif, ont moins de confidents sexuels. La communication avec le partenaire sur les ITS et le VIH demeure complexe (Lambert, Keegan et Petrak, 2005). D'après une récente étude, « 65 % des femmes séropositives parlent d'ITS avec leur conjoint après le dépistage et 72 % lui suggèrent de se faire dépister » (Desgrées du Loû, 2011, p. 78). Les probabilités que les femmes discutent avec leur partenaire des risques d'ITS et du VIH augmentent lorsque les deux personnes vivent sous le même toit (Desgrées du Loû, 2011).

Une étude s'intéressant à la violence conjugale a démontré que 16,8 % des hommes considèrent que la crainte de transmettre le VIH n'est pas une justification satisfaisante pour refuser une relation sexuelle (Maman *et al.*, 2002). Des représailles violentes ou la peur de subir de la violence en réponse à une requête pour utiliser le condom, un dévoilement du statut séropositif au VIH ou un refus d'une relation sexuelle feront que plusieurs FVVIH ne s'affirmeront pas sexuellement (ONUSIDA et OMS, 2007).

3.1.18. La négociation du condom

Le condom est un aspect délicat à aborder avec son partenaire, puisque celui-ci peut avoir diverses réactions négatives. Dans un groupe de discussion de huit FVVIH africaines, cinq rapportent avoir été forcées d'avoir une relation sexuelle non protégée avec leur partenaire (Lifshay *et al.*, 2009). Il devient difficile d'inclure le condom lorsque le partenaire menace d'abandonner sa conjointe, coupe le bout du condom ou fait pression pour avoir un enfant (Lifshay *et al.*, 2009). Certains argumentent que des

rapports non protégés représentent un témoignage de leur amour (Trottier *et al.*, 2005) ou mentionnent tout simplement leur mécontentement à employer le condom (Lambert, Keegan et Petrak, 2005). Bien que le condom féminin dépende principalement de l'initiative de la femme, dans certaines populations, son usage doit également être négocié avec le partenaire (Msellati et Meyer, 2011).

La peur de perdre son partenaire est présente chez plusieurs FVVIH, surtout si elles sont dépendantes économiquement de ce dernier (King *et al.*, 2008). Il arrive que les personnes d'origine haïtienne et africaine considèrent que demander le condom signifie que la femme a des mœurs légères, qu'elle a une ITS ou le VIH ou manque de confiance envers son partenaire (Trottier *et al.*, 2005). Dans l'étude de Chinkonde, Sundby et Martinson (2009), des FVVIH craignent que négocier le condom ait des répercussions négatives sur leur mariage. Pour bon nombre de couples mariés, le recours au condom est mal perçu et souvent non envisageable (Sow et Desclaux, 2011).

Pour faciliter la négociation du condom, certaines FVVIH justifient son utilisation en vantant ses bénéfices (protection contre les ITS et prévention d'une grossesse non planifiée), inventent qu'elles ont la syphilis au lieu du VIH ou encore affirment qu'il s'agit d'une solution en attendant de faire un dépistage (Lambert, Keegan et Petrak, 2005; Lifshay *et al.*, 2009). D'autres femmes attendent que leur partenaire s'endorme avant d'aller au lit ou feignent un mal de tête (Lifshay *et al.*, 2009). Des analyses effectuées à partir de la cohorte MAΨA démontrent que 20 % des FVVIH utilisaient comme stratégie pour réduire les risques de transmission le fait d'éviter qu'il y ait éjaculation à l'intérieur de leur vagin ou anus et 17 % se limitaient à la masturbation ou aux caresses mutuelles comme comportements sexuels (St-Pierre-Gagné et Otis, 2012).

3.1.19. Le dévoilement de son statut sérologique

Selon King et ses collaborateurs (2008), même si 73 % des femmes séropositives au VIH ont dévoilé leur statut sérologique, il s'agit d'un processus complexe à plusieurs égards. Certaines FVVIH dévoilent leur statut pour justifier l'utilisation du condom ou l'abstinence ou encore faciliter l'accessibilité aux soins de santé et au dépistage de leur partenaire sexuel (King *et al.*, 2008 ; Visser, Neufeld, De Villiers, Markin et Forsyth, 2008). Garder le secret de leur statut sérologique ne signifie pas pour autant que la FVVIH n'est pas préoccupée par l'état de santé de son partenaire et par le risque de transmission (Sow et Desclaux, 2011). Ces dernières éprouvent plutôt la peur d'être rejetées, blessées et humiliées, si elles dévoilent leur statut sérologique à leur partenaire (Siegel, Schrimshaw et Lekas, 2006; Moreno, 2007; King *et al.*, 2008; Lambert, Keegan et Petrak, 2005). La peur du rejet diminue cependant lorsque la relation amoureuse avec un partenaire est jugée significative (Schiltz *et al.*, 2006).

3.1.20. Synthèse sur l'état des connaissances scientifiques sur la SSR des FVVIH

Bref, les études recensées sur la SSR des FVVIH démontrent l'ampleur des difficultés sexuelles auxquelles cette population est confrontée. Les diverses composantes de la santé sexuelle établies par Robinson *et al.* (2002) sont affectées à de multiples égards. Comme il a été mentionné, une proportion considérable de FVVIH éprouvent de la difficulté à utiliser le condom (Wilson *et al.*, 2010), rapportent des troubles d'ordre sexuel (Schiltz *et al.*, 2006), sont insatisfaites de leur sexualité (Siegel, Schrimshaw et Lekas, 2006), ont une faible estime d'elles-mêmes (Luzi *et al.*, 2009), ont de la difficulté à gérer le (non)dévoilement de leur statut sérologique au VIH (King *et al.*, 2008) et éprouvent des difficultés à vivre une relation amoureuse

satisfaisante (Wallach *et al.*, 2013). De telles données illustrent la pertinence d'offrir un programme sur le bien-être affectif et sexuel aux FVVIH du Québec.

De plus, l'Agence de la santé publique du Canada (2012c) qui a recensé l'ensemble des projets de recherche sur les FVVIH dans le pays rapporte que plus de la moitié des projets portent sur la prévention, l'intervention et le traitement du VIH et que la plupart sont biomédicales. Ceci laisse présager un manque de recherches scientifiques dans le domaine des sciences sociales au niveau de la SSR des FVVIH. De même, seulement deux études recensées dans ce mémoire ont été réalisées auprès de FVVIH résidant dans la région montréalaise (Trottier *et al.*, 2005; Wallach *et al.*, 2013), ce qui donne un vague portrait de la population cible.

3.2. Les programmes d'intervention offerts aux femmes vivant avec le VIH

Peu de programmes ciblent les thèmes recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (2006) en ce qui concerne la SSR et le VIH. Parmi ces thèmes se retrouvent les droits de la personne, les inégalités de genre, la violence et la sexualité globale. Dans ce sens, rares sont les interventions axées sur la qualité de vie ou la vie sexuelle et affective des FVVIH. Les thématiques, telles que l'intimité, l'affirmation de ses besoins sexuels, le sentiment d'être désirables ou encore les dysfonctions sexuelles, sont peu explorées (Shapiro et Ray, 2007). La majorité des programmes s'intéressent principalement à la diminution des comportements sexuels à risque (Gay *et al.*, 2011; Kennedy *et al.*, 2010; Gore-Felton *et al.*, 2005; Rotheram-Borus, Swendeman, Flannery, Rice, Adamson et Ingram, 2009; Fisher, Fisher, Cornman, Amico, Bryan et Friedland, 2006) ou ont été réalisés dans l'optique de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) (Baek, Mathambo, Mkhize, Friedman, Apicella et Rutenberg, 2007; Myer, Rabkin, Abrams, Rosenfield et El-Sadr, 2005; Palombi,

Marazzi, Voetberg, Magid et the DREAM Program Prevention of Mother-To-Child Transmission Team, 2007; OMS, 2006; Welty *et al.*, 2005). D'autre part, une faible quantité de programmes s'adressent spécifiquement aux FVVIH, puisque l'attention est mise sur les PVVIH en général (Gore-Felton *et al.*, 2005; Estrada, Trujillo et Estrada, 2007; Fisher *et al.*, 2006; Golin, Patel, Tiller, Quinlivan, Grodensky et Boland, 2007) ou les femmes, sans distinction de leur statut sérologique (Motoi & Dufour, 2011; UNFPA & EngenderHealth, 2004). Par exemple, sur 32 interventions ayant démontré leur efficacité pour la prévention et la réduction de la transmission du VIH à l'aide d'un devis méthodologique rigoureux, seulement un programme s'adressait spécifiquement aux FVVIH (Danya International Inc., 2012). Une autre lacune est que la plupart des programmes ont été réalisés aux États-Unis (Gore-Felton *et al.*, 2005; Rotheram-Borus *et al.*, 2009) ou en Afrique (Baek *et al.*, 2007; Palombi *et al.*, 2007; Visser, Mundell, de Villiers, Sikkema et Jeffery, 2005).

Lorsqu'un modèle théorique a été utilisé pour concevoir un programme, il s'agit souvent de théories d'ordre cognitif et comportemental. Par exemple, se retrouvent des programmes ayant utilisé la théorie sociale cognitive (Wingood *et al.*, 2004) ou le modèle transthéorique de changement (Raja, McKirnan et Glick, 2007; Zûniga *et al.*, 2007).

Parmi les méthodes pédagogiques utilisées dans les programmes s'adressant à des personnes séropositives se retrouvent des jeux de rôles (Gore-Felton *et al.*, 2005; Rotheram-Borus *et al.*, 2009), des groupes de discussions (Welty *et al.*, 2005; Kay, Vasquez, Datta, Wahab et Said, 2010), des exposés formels (Wingood *et al.*, 2004; EngenderHealth et ICW, 2006; Kay *et al.*, 2010) ou encore des consultations individuelles (Raja, McKirnan et Glick, 2007; Zûniga *et al.*, 2007; Fisher *et al.*, 2006).

Dans les programmes sur la SSR offerts aux FVVIH, il y a le projet *WILLOW* (Wingood *et al.*, 2004). Celui-ci vise à améliorer la qualité de vie des femmes et à encourager l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. Les interventions de groupe se sont échelonnées sur quatre rencontres de quatre heures chacune. L'évaluation du programme a permis de démontrer une diminution des relations sexuelles non protégées et une augmentation de l'utilisation du condom (Wingood *et al.*, 2004). Le programme *Women-Centered Curriculum* (Kay *et al.*, 2010) qui s'adresse aux FVVIH aborde entre autres comme thématiques les rôles de genre, la compréhension de son corps et de sa sexualité, les relations amoureuses, la communication et le dévoilement sous forme de jeux de rôle, d'exposés, d'études de cas ou de discussions. Bien que celui-ci aborde plusieurs composantes de la santé sexuelle, il ne fût pas évalué, ni construit à l'aide d'un modèle théorique (Kay *et al.*, 2010).

À la lumière de ces constats, adapter et évaluer un programme conçu spécifiquement pour les FVVIH résidant au Québec apparaît nécessaire. D'autant plus que la présente étude permettra d'offrir un programme d'intervention sexologique appuyé sur des méthodes théoriques et de documenter ce type d'intervention.

3.3. L'adaptation culturelle des programmes d'intervention

Certains auteurs présentent dans la littérature scientifique des modèles et des exemples pour adapter un programme d'intervention en quelques étapes définies (McKleroy *et al.*, 2006; Wingood et DiClemente, 2008; Lerlooijer, Ruiter, Darwisyah, Kok et Bartholomew, 2011; Solomon, Card et Malow, 2006). Plus spécifiquement, Solomon, Card et Malow (2006) présentent cinq étapes pour adapter des programmes d'intervention et de prévention du VIH. Ces étapes visent également

à augmenter l'autonomisation de ceux qui réalisent l'adaptation, selon une approche communautaire où les chercheurs, les fournisseurs de services et les partenaires communautaires sont impliqués. La première étape est de connaître la population cible et le contexte communautaire. La deuxième étape est de sélectionner le programme qui correspond le mieux à la population cible et au contexte. La troisième et quatrième étape est de s'assurer de conserver la fidélité aux éléments fondamentaux du programme et de réduire l'inadéquation entre le programme et le nouveau contexte. La dernière étape consiste à documenter le processus d'adaptation et d'évaluation, ainsi que les solutions utilisées pour le bon déroulement de l'adaptation et de l'implantation. McKleroy *et al.* (2006) expliquent eux aussi cinq étapes à suivre pour adapter culturellement un programme de prévention du VIH/sida. Pour réaliser cette étude, des employés du *Centers for Disease Control and prevention Division of HIV/AIDS*, ainsi que des chercheurs, des intervenants et des membres de la population cible ont été consultés. La première étape est de procéder à une évaluation des besoins et caractéristiques de la population cible, des capacités à planter l'intervention et à l'identification des éléments fondamentaux et caractéristiques clés du programme. La deuxième étape consiste à décider si le programme doit être implanté avec ou sans adaptation. La troisième étape correspond à la phase de préparation, c'est-à-dire adapter et tester le matériel du programme et développer des partenariats avec les milieux d'implantation. La quatrième étape est la phase pilote et la cinquième étape est l'implantation avec révision mineure du programme au besoin. Les auteurs précisent que ces étapes ne sont pas forcément linéaires et qu'il est nécessaire d'obtenir à chacune de ces étapes une rétroaction de différents acteurs (McKleroy *et al.*, 2006). Wingood et DiClemente (2008) présentent un modèle d'adaptation similaire à McKleroy *et al.* (2006), mais en huit étapes plutôt que cinq. Les trois premières étapes sont semblables, puisqu'il faut évaluer en premier les caractéristiques de la population cible et les besoins, ensuite décider si l'intervention doit être adoptée comme telle ou adaptée et par après, faire un prétest de l'intervention et analyser ce qui devra être modifié. Par contre, les cinq autres

étapes de Wingood et DiClemente (2008) se différencient principalement par l'ajout d'un comité d'experts, l'intégration de nouvelles mesures pour évaluer le programme et la création d'un comité de formation (Wingood et DiClemente, 2008). Lerlooijer *et al.* (2011) reprennent le modèle d'intervention ciblée pour adapter tous programmes de promotion de la santé, incluant la prévention du VIH/SIDA ou l'éducation sexuelle. Leur approche aide à trouver l'équilibre entre la fidélité aux éléments fondamentaux du programme et la nécessité de répondre aux priorités et besoins de la nouvelle population cible (Lerlooijer *et al.*, 2011). Les procédures expliquées dans leur article sont similaires à celles présentées dans l'ouvrage de Bartholomew *et al.* (2011). L'équipe de Tortelero *et al.* (2005) illustrent eux aussi dans leur article la procédure pour appliquer le modèle de l'intervention ciblée à l'adaptation culturelle pour les programmes de prévention du VIH, des ITS ou des grossesses non planifiées. Dans l'article de Lerlooijer *et al.* (2011) comme dans celui de Tortelero *et al.* (2005), les différentes étapes de l'intervention ciblée sont décrites. Toutefois, les données sont présentées différemment, de sorte que dans l'article de Tortelero *et al.* (2005) une série de questions à se poser pour mener à bien chacune des étapes est présentée.

Harshbarger, Simmons, Colho, Sloop et Collins (2006) au lieu de présenter différentes étapes pour adapter un programme démontrent plutôt dans leur article comment le programme VOICES/VOCES a été diffusé, adapté et implanté par plusieurs organismes. VOICES/VOCES est en fait un programme de prévention du VIH s'adressant aux adultes hétérosexuels d'origine afro-américaine ou latino qui consiste principalement à présenter une vidéo suivie d'une discussion de groupe. Leur procédure pour documenter le processus d'adaptation et d'implantation a été de réalisé à l'aide de sondages téléphoniques, de même que par des entrevues semi-structurées. Leurs résultats démontrent que la plupart des organismes ayant adapté leur programme ont réussi à conserver les quatre éléments fondamentaux du programme notamment par l'assistance technique qu'offraient les concepteurs de

VOICES/VOCES. Il s'agit ainsi d'un facteur de succès pour l'adaptation culturelle (Harshbarger et al., 2006).

Toutefois, l'adaptation culturelle des programmes d'intervention est encore peu abordée dans la littérature scientifique (Morrisson, Hoppe, Gillmore, Kluver, Higa et Wells, 2009). D'après Bartholomew *et al.* (2011), plusieurs limites rendent cette démarche ardue. Par exemple, le programme à adapter peut être trop général ou encore engendrer des coûts trop élevés pour l'implantation de certaines de ses composantes. De plus, il arrive souvent que les concepteurs de programmes donnent peu d'informations et de recommandations sur la façon d'implanter le programme auprès de la communauté ou encore sur la procédure à suivre pour l'adapter à une autre population. Il est également commun de retrouver peu d'informations sur les fondements théoriques qui sous-tendent un programme, ainsi que sur les objectifs de performance, les déterminants et les méthodes théoriques (Bartholomew *et al.*, 2011). Toutefois, il s'agit d'informations essentielles pour préserver la fidélité d'un programme (Bartholomew *et al.*, 2011). À cet égard, Lee, Altschul et Mowbray (2008) mentionnent qu'il est risqué de modifier la théorie d'un programme, particulièrement si les changements apportés ne sont pas appuyés par des données scientifiques. En effet, l'efficacité du programme peut être altérée auprès de la nouvelle population cible (Lee, Altschul et Mowbray, 2008). En fait, le principal défi de l'adaptation culturelle des programmes d'intervention est de modifier suffisamment le programme pour répondre aux besoins de la nouvelle population, sans en altérer ses éléments fondamentaux (Tortelero *et al.*, 2011; Lerlooijer *et al.*, 2011; Lee, Altschul et Mowbray, 2008).

Pour pallier à ces lacunes, l'adaptation culturelle du programme sera menée en suivant étape par étape le modèle de l'intervention ciblée de Bartholomew *et al.* (2011). De plus, la fidélité du programme original sera assurée en respectant ses

éléments fondamentaux et son adaptation à la nouvelle population cible sera assurée par la modification de ces caractéristiques clés.

3.4. L'évaluation des programmes d'intervention pour les femmes vivant avec le VIH

Selon une recension des écrits sur l'évaluation de plus d'une trentaine d'interventions en lien avec les besoins de SSR des FVVIH, un grand nombre de programmes n'ont pas encore été publiés ou évalués de manière rigoureuse (Gay *et al.*, 2011). La recension réalisée par Gay et ses collègues (2011) sur les interventions spécifiques aux services de SSR pour les FVVIH illustre que plusieurs composantes de la santé sexuelle étaient absentes des interventions, dont la communication sexuelle et le fonctionnement sexuel. Par exemple, les principales variables évaluées sont la transmission d'informations en lien avec la contraception, la planification familiale, l'adhérence aux traitements antirétroviraux et le développement d'habiletés en matière de prévention de la transmission du VIH. L'ensemble des études analysées se sont avérées efficaces pour augmenter l'utilisation du condom (Gay *et al.*, 2011). Kennedy *et al.* (2010) ont également démontré, par une analyse de 35 interventions qui abordent la SSR et le VIH, que la plupart des interventions évaluées portaient sur l'utilisation de moyens contraceptifs et le dépistage du VIH. La majorité de ces études ont démontré des effets positifs, incluant une augmentation de l'utilisation de moyens contraceptifs, ainsi qu'une réduction de la transmission du VIH et des autres ITS (Kennedy *et al.*, 2010). De plus, peu d'interventions s'adressaient spécifiquement aux FVVIH. Une recherche réalisée par l'équipe américaine du *Centers for Disease Control and Prevention's HIV/AIDS* a mis en relief que sur 100 études analysées en lien avec les interventions comportementales pour réduire la transmission du VIH, seulement 18 ont démontré leur efficacité et seulement 4 s'adressaient spécifiquement aux PVVIH, dont certaines étaient spécifiques aux utilisateurs de drogues injectables

ou aux hommes gais (Lyles *et al.*, 2007). Pourtant, il a été soulevé que la grande majorité des interventions évaluées s'intéressant au lien entre le VIH et la SSR étaient bénéfiques pour les FVVIH et que très peu d'impacts négatifs en découlaient (Kennedy *et al.*, 2010).

La méthodologie utilisée le plus fréquemment pour évaluer les programmes est celle ayant recours à un échantillon sans randomisation, tels un groupe unique, une étude de cas ou un questionnaire pré et post test (Gay *et al.*, 2011; Kennedy *et al.*, 2010). Sur l'ensemble des interventions analysées, seulement 6 études avaient utilisé un devis randomisé avec un groupe témoin (Kennedy *et al.*, 2010). Janz *et al.* (1996) qui ont analysé l'évaluation de 37 projets de prévention du VIH, dont près de la moitié rejoignaient des FVVIH, ont démontré que les interventions les plus efficaces offraient une formation pour les pairs ou les bénévoles, distribuaient des condoms, produisaient leurs propres outils didactiques ou étaient offertes sous la formule de groupes de discussion. Walstrom *et al.* (2013), dans leur recherche réalisée auprès de FVVIH au Rwanda, illustrent d'ailleurs les nombreux avantages des groupes de discussion. Entre autres, les participantes après leur participation ont rapporté des changements positifs autant au niveau psychologique, que physique (Walstrom *et al.*, 2013). Les interventions basées sur des méthodes théoriques, issues par exemple de la théorie de l'apprentissage social, ont également démontré leur efficacité pour réduire les comportements sexuels à risque (Kalichman, Rompa et Cage, 2005).

Il semblerait qu'aucune recherche n'ait porté spécifiquement sur l'analyse d'implantation d'un programme de SSR pour les FVVIH. Toutefois, l'évaluation des facteurs contextuels liés à l'implantation des programmes d'intervention constitue une pratique de plus en plus fréquente, puisqu'elle contribue à mieux comprendre les conditions associées à un programme de qualité (Joly, Touchette et Pauzé, 2010). Chillag *et al.* (2002) répertorient les facteurs contextuels venant entraver ou faciliter les services communautaires de prévention et d'intervention du VIH en quatre

catégories, selon qu'ils sont d'ordre structurel, socioculturel, organisationnel ou individuel (Chillag *et al.*, 2002). Les facteurs d'ordre structurel font référence aux lois et aux politiques, alors que les facteurs socioculturels sont reliés aux normes et valeurs culturelles. Les facteurs organisationnels sont en lien avec l'organisation nécessaire pour maximiser l'implantation du programme, dont la bureaucratie, la charge de travail des employés, le recrutement ou encore les ressources disponibles. Enfin, les facteurs individuels réfèrent aux caractéristiques des participants (Chillag *et al.*, 2002).

La mobilisation et l'implication des membres de la communauté dans le processus de recherche sont des facteurs structurels facilitant l'implantation (Cummings, Mengistu, Negash, Bekele et Ghile, 2006; Kennedy *et al.*, 2010; Gay *et al.*, 2011; Durlak et DuPre, 2008). D'après Sumartojo (2000), une assistance financière et des politiques gouvernementales sont des facteurs structurels qui facilitent la prévention du VIH. Étant donné que plusieurs FVVIH ont un faible revenu, avoir des programmes qui offrent un soutien financier sous différentes formes, serait une condition favorable à la mise en œuvre d'interventions ou de services pour cette clientèle (Metcalf *et al.*, 1998).

Relativement aux facteurs socioculturels qui nuisent à l'implantation d'un programme ou d'un service se retrouvent la stigmatisation (Chillag *et al.*, 2002; Gay *et al.*, 2011), la méfiance des participants envers les intervenants sociaux (Chillag *et al.*, 2002) et le tabou à l'égard de la sexualité (Cummings *et al.*, 2006; Sumartojo, 2000). À l'opposé, l'intérêt des participants envers le programme (Chillag *et al.*, 2002) ou des intervenants (Cummings *et al.*, 2006), ainsi que la compatibilité et l'adaptabilité du programme aux besoins de la population cible sont des facteurs qui favorisent son implantation (Kilbourne, Neumann, Pincus, Baeur et Stall, 2007; Durlak et DuPre, 2008; Chillag *et al.*, 2002).

Au niveau organisationnel, le manque de formation des intervenants (Kanshana et Simonds, 2002; Kilbourne *et al.*, 2007; Durlak et DuPre, 2008) et le manque d'engagement de la part de l'organisation, de même qu'une mauvaise gestion et supervision du programme (Gay *et al.*, 2011) sont des barrières à sa mise en œuvre. Le manque de ressources, ainsi que des infrastructures, commodités et équipements inadéquats sont aussi des facteurs qui nuisent à l'intégration des services en lien avec le VIH (Chillag *et al.*, 2002; Gay *et al.*, 2011). À l'inverse, une bonne communication entre les différents acteurs impliqués dans le programme, une formulation des tâches claires et un climat de travail positif contribuent au succès de l'implantation d'une intervention (Durlak et DuPre, 2008; Kanshana et Simonds, 2002). Enfin, le renforcement des capacités (Gay *et al.*, 2011) et une assistance technique tout au long de l'implantation contribuent à surmonter plusieurs barrières (Kilbourne *et al.*, 2007).

Sur le plan individuel, la surcharge de travail et la fatigue des intervenants (Chillag *et al.*, 2002; Cummings *et al.*, 2006; Kilbourne *et al.*, 2007) et des participants (Chillag *et al.*, 2002), un manque d'intérêt à suivre le programme (Kilbourne *et al.*, 2007; Gay *et al.*, 2011) et une faible compréhension des objectifs en lien avec le groupe de discussion (Cummings *et al.*, 2006) sont des facteurs qui compliquent l'implantation d'un programme. Certaines caractéristiques des participants nuisent également à l'implantation d'un programme, telles que le haut taux de pauvreté, la violence domestique (Chillag *et al.*, 2002), un manque d'engagement des participants (Visser *et al.*, 2005), le manque d'autonomisation des femmes, le manque d'implication du partenaire et le faible taux d'alphabétisation (Gay *et al.*, 2011). Le sentiment d'efficacité personnelle des professionnels de la santé et la maîtrise des compétences nécessaires à l'implantation d'un programme garantissent un meilleur succès (Durlak et DuPre, 2008), tout comme la solidité du réseau social des participantes (Chillag *et al.*, 2002).

Champagne (2002) qui s'intéresse aux facteurs facilitant la mise en place de changements dans les organisations mentionne que selon une approche psychologique, un changement sera implanté adéquatement si les résistances naturelles des participants sont surmontées. Pour diminuer ces résistances, une des stratégies pouvant être utilisée est d'augmenter les échanges entre les organisateurs et les participants sur les difficultés rencontrées, celles-ci pouvant ensuite être résolues collectivement. Le charisme de l'organisateur devient alors important, ainsi que son écoute. En favorisant l'autonomie des participants, ceux-ci sont également davantage en mesure de s'engager dans un processus d'apprentissage (Champagne, 2002).

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie se divise en deux grandes sections. La première section porte spécifiquement sur l'adaptation culturelle du programme de SSR *La femme dans tous ses états*, en exposant la procédure utilisée pour mener à bien cette étape, incluant des informations sur les participants et leur recrutement. La deuxième section concerne l'implantation et l'évaluation du programme. Le cadre d'évaluation, le recrutement des participantes, la procédure, les instruments de collecte des données et l'analyse des données sont alors expliqués. Par la suite, les considérations éthiques sont présentées.

4.1. L'approche générale de recherche

L'approche méthodologique priorisée dans cette recherche est l'étude de cas. En fait, l'étude de cas « consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle », en se penchant sur un contexte particulier (Roy, 2010). Dans ce mémoire, chacun des trois organismes où aura lieu l'implantation et l'évaluation du programme sera un cas étudié. D'ailleurs, ce type d'approche est souvent utilisé dans des recherches appliquées concernant l'évaluation de programmes, dans des recherches s'intéressant à des phénomènes peu explorés ou

encore dans l'optique de comprendre un contexte spécifique (Roy, 2010). Ces caractéristiques concordent effectivement avec les objectifs de ce mémoire, puisque la présente étude permettra de décrire les facteurs contextuels reliés à l'implantation du programme dans les trois organismes et d'évaluer pour une première fois le programme *La femme dans tous ses états*.

Pour mener à bien une étude de cas et réduire des biais lors de la collecte et l'analyse des données, deux stratégies ont été utilisées, soit la triangulation des données et l'utilisation d'un journal personnel (mémos d'analyse) (Roy, 2010). À cet égard, une méthode mixte apparaissait tout à fait appropriée. Ce type de devis consiste à réaliser l'évaluation du programme en utilisant une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives. La triangulation des données contribue à approfondir et corroborer l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus (Pluye, Nadeau, Gagnon, Grad, Johnson-Lafleur et Griffiths, 2009). Les données recueillies ont permis d'émettre des recommandations pour réajuster et réorganiser le programme au fur et à mesure que la recherche a progressé (Gauthier, 2010).

4.2. Premier volet : l'adaptation culturelle du programme

4.2.1. Cadre de référence pour l'adaptation culturelle

Tel que mentionné précédemment, les étapes de l'intervention ciblée proposées par Bartholomew *et al.* (2011) et Lerlooijer *et al.* (2011) ont servi de cadre de référence pour adapter culturellement le programme. De plus, les stratégies de Kreuter *et al.* (2003) ont été discutées et adoptées durant le processus d'adaptation. Les sections

suivantes exposent en détail la méthodologie déployée pour adapter culturellement le programme.

4.2.2. Participants et recrutement

Pour adapter culturellement le programme et le valider, il était nécessaire de former un comité consultatif. Celui-ci fût constitué d'intervenant(e)s travaillant auprès des FVVIH, de chercheuses et d'une femme issue de la population cible. Les intervenant(e)s et chercheuses choisi(e)s travaillent depuis plusieurs années auprès des FVVIH et ont une bonne connaissance de leurs besoins en matière de SSR. Par leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs expériences de travail, les membres du comité consultatif, principalement des femmes, représentent adéquatement, selon nous, la diversité des FVVIH au Québec. Entre autres, certains membres du comité sont nés ou ont voyagé en Afrique et en Haïti, d'autres sont habitués de travailler avec une clientèle de FVVIH qui désirent avoir des enfants ou qui sont enceintes, alors que d'autres sont davantage préoccupés par le VIH et le vieillissement. Ce travail en collaboration est recommandé par Bartholomew *et al.* (2011), puisque ceux-ci considèrent qu'il s'agit d'un facteur de succès pour la réalisation et l'adaptation de programme.

Pour constituer le comité consultatif, il a été possible de faire appel aux partenaires de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES). Ainsi, la CReCES a établi depuis plusieurs années des collaborations avec des milieux offrant des services d'interventions auprès des PVVIH. Leurs contacts ont, en plus, une bonne connaissance de la santé sexuelle et reproductive des FVVIH et sont habitués de travailler sur des projets de recherche. Le meilleur moyen pour les rejoindre a été de les contacter par courriel d'abord pour leur expliquer le projet (appendice A) et

ensuite, de les contacter par téléphone pour connaître leurs intérêts et disponibilités. Au total, six personnes ont accepté de participer à ce comité.

4.2.3 Procédure

Le comité consultatif s'est rencontré à six reprises, en raison d'une fois à toutes les deux semaines pour discuter ensemble des objectifs, des activités et des thématiques du programme. Avant chacune des rencontres, un ordre du jour et certains documents préparatoires à la rencontre ont été envoyés aux membres du comité et à la fin des rencontres, un compte-rendu leur était communiqué. Par exemple, dans les documents préparatoires se retrouvait le PowerPoint du contenu qui serait abordé durant la rencontre.

Durant ces rencontres, aucune collecte des données n'a été effectuée, l'objectif étant plutôt de reprendre les quatre premières étapes de l'adaptation proposées par Bartholomew *et al.* (2011). Comme expliquées dans le cadre conceptuel, ces étapes sont similaires à celles de l'intervention ciblée, à la différence qu'elles sont spécifiques à l'adaptation d'un programme.

La première étape de l'adaptation concerne l'analyse des besoins de la population cible, des facteurs qui y sont associés et du contexte environnemental dans lequel évolue cette population (Bartholomew *et al.*, 2011). Pour réaliser cette étape, durant la première rencontre du comité consultatif, le projet de SSR a été expliqué en détail aux membres du comité consultatif, afin que ceux-ci comprennent bien les objectifs du programme, les approches soutenant sa conception et la méthodologie utilisée lors de son élaboration. Par la suite, comme suggéré par Lerlooijs *et al.* (2011), les caractéristiques, les besoins et les priorités en matière de SSR de la nouvelle

population ont été discutés. Le canevas de questions présenté dans l'article de Tortelero *et al.* (2005) a aidé à réaliser cette étape. Par exemple, il fut demandé aux membres « Quelles sont les caractéristiques et les besoins de la nouvelle population qu'il faudrait considérer dans le programme si l'on désire améliorer leur bien-être affectif et sexuel? », « Quels sont les besoins ou les thématiques qu'il faudrait ajouter dans le programme pour répondre au besoin de la nouvelle population cible? » ou encore « Quelles sont les thématiques du programme qui ne correspondent pas à la réalité de la nouvelle population cible? ». Il s'agit d'une stratégie probante, puisque le travail effectué permet d'avoir un programme basé sur des données probantes et concordant avec les caractéristiques des FVVIH du Québec (Kreuter *et al.*, 2003). Cette démarche correspond aussi à une stratégie socioculturelle, telle que le définissent Kreuter *et al.* (2003), puisque la chercheuse s'est assurée que le programme reflète bien les caractéristiques et les valeurs culturelles de la population ciblée. En ce sens, étant donné que les FVVIH au Québec constituent un groupe hétérogène au niveau des croyances et des valeurs culturelles, le programme a été construit de manière à ce qu'aucune vision de la sexualité ne soit imposée et que chaque participante puisse détenir le savoir nécessaire pour améliorer son propre bien-être affectif et sexuel. Dans les principes du programme et au début de chacune des rencontres, il est précisé que les participantes sont les seules maîtres des décisions à prendre concernant leur sexualité et qu'il est important qu'elles respectent l'opinion et les décisions de chacune. Les participantes sont également encouragées à exprimer sans jugement leurs propres valeurs et représentations de la sexualité compte tenu des normes prévalentes dans leur communauté. Ainsi, une grande place est accordée aux discussions de groupe, puisque les activités ont été construites de façon à favoriser chez les participantes l'expression de leurs émotions et opinions à l'égard de plusieurs thématiques en lien avec la sexualité. À plusieurs reprises, des questions ouvertes leur sont posées. Les animatrices ont aussi comme consignes d'agir à titre de guides, d'accompagnatrices et d'informatrices et non de dicter leur ligne de conduite.

La première rencontre a surtout permis d'amener les membres à mieux comprendre le projet et son approche, de même qu'à cibler les caractéristiques des FVVIH du Québec et ses besoins prioritaires. Toutefois, c'est individuellement que la chercheuse a analysé les divergences et les correspondances entre les deux populations au niveau des priorités, du contexte et des facteurs influençant la SSR des FVVIH. De plus, elle a conçu un modèle logique pour représenter les éléments fondamentaux du programme *La femme dans tous ses états*. Ce modèle correspond autant au programme malien, que québécois. Il était impossible de mobiliser les membres du comité consultatif pour réaliser l'ensemble de l'analyse des besoins, puisque ceux-ci ont un horaire chargé et que leur présence aux rencontres était non rémunérée.

Les rencontres deux à cinq du comité consultatif ont été organisées de façon à ce que les deuxième, troisième et quatrième étapes de l'adaptation soient réalisées de manière concomitante. Comme expliquée dans le cadre conceptuel, la deuxième étape consiste à réviser les objectifs du programme et les déterminants personnels et externes s'y rattachant, la troisième étape se rapporte à la conception des activités et la sélection de méthodes théoriques et la quatrième étape oriente la conception du programme en ce qui concerne sa structure, ses activités et le matériel didactique (Bartholomew *et al.*, 2011). Cette décision de travailler de façon concomitante sur les étapes de l'intervention ciblée s'explique par la difficulté pour les membres du comité consultatif à se réunir sur plus de six rencontres. Plus spécifiquement, la procédure utilisée lors des rencontres avec le comité a été de reprendre l'ensemble des rencontres du programme malien une à une, de les expliquer et de remettre en question les objectifs de changement et de performance, les déterminants, les applications pratiques, le matériel et le contenu choisis.

À partir du canevas de questions présenté par Tortelero *et al.* (2005), d'autres questions ont été posées aux membres du comité. Entre autres, il a été demandé aux

membres « Que pensez-vous de cet objectif de performance? Est-il pertinent et adéquat pour la nouvelle population cible? Devrait-il être révisé? », « Voyez-vous d'autres déterminants sur lesquels il faudrait travailler pour répondre à l'objectif de performance? », « Que pensez-vous de ce type d'activité? Est-ce que c'est facilement réalisable dans les organismes communautaires? Est-ce que ça permet d'atteindre adéquatement les objectifs? Y a-t-il des modifications à apporter pour que ça corresponde à la nouvelle population cible? ». Après chacune des rencontres, la chercheuse a repris l'ensemble des commentaires apportés par les membres du comité consultatif et a retravaillé sur la matrice d'intervention pour que celle-ci corresponde à la nouvelle population cible et pour s'assurer qu'il y ait une logique entre les déterminants, les objectifs de performance et les objectifs de changement. La chercheuse s'est aussi assurée qu'il y ait suffisamment d'activités pour répondre aux nouveaux objectifs. Ces différentes étapes correspondent à des stratégies périphériques et linguistiques, car les membres devaient également s'assurer que le matériel correspond bien aux caractéristiques des FVVIH du Québec et que celles-ci comprendraient bien le contenu qui leur serait apporté (Kreuter *et al.*, 2003).

Par ailleurs, au début des rencontres, un temps était alloué pour présenter la progression du travail aux membres du comité consultatif pour que ceux-ci puissent s'exprimer sur l'avancement du travail et émettre leurs recommandations. Il était essentiel pour la chercheuse de travailler en étroite collaboration avec ceux-ci et qu'aucune décision importante ne soit prise seule. Il s'agit d'ailleurs d'une stratégie de Kreuter *et al.* (2003) qui est d'impliquer les membres de la population cible dans le processus de décision. Le fait d'avoir une FVVIH sur le comité consultatif a également renforcé cette stratégie.

Enfin, la sixième rencontre du comité consultatif a permis de présenter une première version du programme *La femme dans tous ses états* adapté au Québec et de leur offrir l'occasion de réagir sur l'ensemble des aspects du programme, que ce soit sur

des ajouts à faire, des modifications à apporter ou encore des aspects à supprimer. Le nombre et l'ordre des rencontres, de même que la progression du contenu ont été discutés. Afin de rentabiliser le temps de travail, la version du programme avait été envoyée une semaine avant la rencontre et la dernière rencontre a duré trois heures plutôt que deux.

4.3. Deuxième volet : l'implantation et l'évaluation du programme

4.3.1. Cadre d'évaluation

Le cadre d'évaluation choisi est de type formatif, puisque les résultats collectés servent à améliorer le programme (Ridde et Dagenais, 2009). En premier lieu, une évaluation de l'implantation a été réalisée. Ce type d'évaluation permet de documenter l'écart entre le déroulement initialement prévu et celui implanté dans l'action, les facteurs contextuels influençant l'implantation et de recueillir des informations sur l'appréciation des participantes.

En deuxième lieu, une évaluation des effets ou du produit a été réalisée. Cela permet de déterminer si les effets à court terme du programme répondent aux objectifs préétablis (Ridde et Dagenais, 2009). Toutefois, considérant que cette recherche présente un faible échantillon, il s'agira de voir les effets du programme tels que rapportés par les participantes, de même que l'atteinte des objectifs du programme telle que perçue par l'animatrice et les coanimatrices. De plus, ce type d'évaluation prendra une place de second ordre.

4.3.2. Participants et recrutement

Pour l'implantation et l'évaluation du programme, trois groupes composés chacun de quatre à sept FVVIH ont été constitués. Il s'agit ici des trois cas qui seront à l'étude. Les facteurs d'inclusion pour la création des groupes étaient les suivants : 1) être âgée de 18 ans et plus; 2) être disponible pour suivre l'ensemble des rencontres; 3) avoir le désir d'échanger sur l'impact du VIH sur son bien-être, sa sexualité et sa féminité avec d'autres femmes et 4) être intéressée par des questions en lien avec son bien-être affectif et sexuel. Il s'agissait de groupes fermés, afin de favoriser le lien de confiance entre les participantes et contribuer au développement d'une meilleure cohésion dans le groupe au fur et à mesure que le programme progressait. Il a donc été mentionné aux participantes l'importance d'être présentes à l'ensemble des rencontres.

Pour créer les groupes, la chercheuse a rencontré des intervenant(e)s dans chacun des organismes ciblés pour l'implantation du programme. Il s'agit de trois organismes à but non lucratif offrant des services aux FVVIH à Montréal. La chercheuse a sollicité l'aide des intervenant(e)s pour diffuser l'information sur le programme à leur clientèle et effectuer le recrutement. De plus, dans certains milieux, il a été possible de rencontrer des femmes de la population cible avant que débutent les rencontres pour promouvoir le programme ou tout simplement, se faire connaître. Avec chaque milieu, un plan d'implantation a été réalisé (appendice B). Des dépliants explicatifs sur le projet de recherche et le programme ont aussi été distribués dans les organismes (appendice C). Il a été mentionné aux intervenant(e)s l'importance d'avoir des participantes qui présentent un intérêt à l'égard du projet et de leur SSR. Ainsi, il ne fallait pas que les femmes se sentent obligées de participer ou pensent qu'il y aurait des conséquences négatives pour elles si elles n'étaient pas intéressées à participer au projet. Un échantillon de convenance a donc été constitué. L'avantage

était d'avoir des participantes motivées et ayant un réel intérêt ou besoin à réaliser le programme, ce qui correspond à un des facteurs d'inclusion.

4.3.3. Procédure

Quelques rencontres d'appoint entre l'animatrice principale et chacune des coanimatrices ont eu lieu pour préparer l'animation du programme. L'animatrice principale, qui anime dans les trois organismes, est également la chercheuse responsable de cette recherche. Le local choisi pour les rencontres permettait d'assurer la confidentialité des participantes.

Avant de débiter le premier atelier, les participantes ont été informées individuellement des objectifs de l'étude et du programme, de même que de son déroulement. Par la suite, lors de la rencontre d'accueil, ces diverses informations leur ont été retransmises et elles ont dû remplir un formulaire de consentement, ainsi qu'un questionnaire pré-programme, afin d'avoir un meilleur portrait de la population cible. Chaque femme était invitée à poser des questions sur la recherche et le programme. L'implantation s'est déroulée une fois par semaine dans chacun des organismes où les femmes ont été recrutées.

Après chacune des rencontres, l'animatrice principale et les coanimatrices ont rempli un journal de bord pour documenter le degré d'implantation des rencontres et des activités, les facteurs contextuels ayant facilité ou entravé l'implantation, l'appréciation des participantes à l'égard des activités et l'atteinte des objectifs du programme.

Après les neuf rencontres du programme, les participantes se sont réunies une dixième fois pour faire une plénière évaluative et remplir un questionnaire d'appréciation. Pour des raisons qui seront discutées dans l'analyse des résultats, l'implantation du programme s'est terminée avant la rencontre cinq pour un des trois organismes ciblés. Cela implique que seulement deux plénières évaluatives ont été réalisées et qu'un moins grand nombre de femmes ont rempli le questionnaire d'appréciation.

4.3.4. Instruments de collecte des données

Tel que mentionné précédemment, les données quantitatives et qualitatives ont été recueillies par des outils de collecte de données diversifiés. En premier lieu, les participantes ont dû remplir un questionnaire pré-programme à leur première rencontre de groupe et en dernier lieu, un questionnaire d'appréciation à la fin de l'ensemble des rencontres du programme. L'animatrice et les coanimatrices ont quant à elles rempli après chaque rencontre un journal de bord. Deux plénières évaluatives auprès des groupes ayant suivi l'ensemble des rencontres ont aussi été réalisées pour obtenir des données sur les effets du programme, son implantation et son appréciation. Un journal personnel a permis à la chercheuse, qui est également l'animatrice principale du programme, de noter à chacune des étapes de la collecte des données ses réflexions personnelles, les difficultés rencontrées, des descriptions sur le déroulement et des ébauches d'explications aux questions de recherche (Roy, 2010).

Par contre, au départ un devis préexpérimental avec questionnaires pré et post-test à groupe unique sans comparaison avait été planifié pour évaluer le programme. Il s'agit du questionnaire pré-programme qui fût distribué avant la première rencontre et

à la fin de la dernière rencontre. Toutefois, les résultats du post-test ont été enlevés considérant le faible nombre de participantes l'ayant complété, la puissance statistique insuffisante et la validité des résultats qui étaient par conséquent, difficile à démontrer. Le tableau 4.1 présente un aperçu des méthodes utilisées dans le cadre ce mémoire pour recueillir les données.

Tableau 4.1
Collecte des données

Instruments	Source de données	Évaluation de l'implantation	Évaluation des effets	Méthode
Questionnaire pré-programme	Participant·es	Aucune évaluation de l'implantation et des effets. L'objectif est de décrire le profil des participant·es		Quantitative
Journal de bord	Animatrice et coanimatrices	<ul style="list-style-type: none"> * Degré d'écart entre le déroulement prévu et celui réalisé * Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation * Perception de l'appréciation des participant·es à l'égard des activités du programme 	Atteinte subjective des objectifs du programme	Quantitative et qualitative
Questionnaire d'appréciation	Participant·es	<ul style="list-style-type: none"> * Appréciation des participant·es à l'égard du programme 		Quantitative
Plénière évaluative	Participant·es	<ul style="list-style-type: none"> * Jugement sur la qualité des activités et l'ensemble du programme (format et contenu) * Appréciation du programme 	Effets du programme	Qualitative
Journal personnel	Animatrice et chercheuse	Notes générales, difficultés rencontrées, observations, réflexions et ébauches d'explications sur les questions de recherche		Qualitative

4.3.4.1. Le questionnaire pré-programme

Le questionnaire pré-programme est constitué de six sections distinctes (appendice D). La première section permet de dresser un portrait sociodémographique des participantes, alors que les cinq autres sections renseignent sur le bien-être sexuel et affectif. Ces dernières sections ont été sélectionnées en fonction des thématiques couvertes par le programme.

Plusieurs variables ont donc été sélectionnées pour décrire la population cible. Ces variables sont présentes uniquement dans la première section du questionnaire.

Pour calculer l'âge, quatre catégories ont été créées (1= entre 18 et 30 ans; 2= entre 31 et 40 ans; 3= entre 41 et 50 ans; 4 = 50 ans et plus).

Le revenu brut du ménage a été codé en cinq catégories (1= moins de 10 000\$; 2= entre 10 000 et 19 999\$; 3= entre 20 000 et 29 999\$; 4= entre 30 000 et 39 999\$; 5= 40 000\$ et plus).

L'occupation principale a été codée en six catégories (1= étudiante; 2= travail à temps plein; 3= travail à temps partiel; 4= sans emploi; 5= femme au foyer; 6= autre).

Le niveau de scolarité a été divisé en cinq catégories (1= études primaires; 2= études secondaires; 3= études collégiales; 4= études universitaires; 5 = autre).

Le statut civil a été divisé en deux catégories (1= célibataire, divorcée, veuve, séparée; 2= en couple, union de fait, mariée).

Pour celles qui sont en couple, le statut sérologique du partenaire, le dévoilement du statut sérologique au partenaire (1= non; 2= oui; 3= je ne le sais pas), ainsi que la cohabitation avec le partenaire (1=oui; 2= non) ont été questionnés.

La langue maternelle est une variable nominale qui a été divisée en quatre catégories (1= français; 2= anglais; 3= autant le français, que l'anglais; 4= autre).

Les participantes ont été interrogées pour savoir si elles ont des enfants (1=oui; 2= non). Pour celles qui ont des enfants, elles devaient indiquer par une réponse courte, combien elles en ont, combien vivent avec le VIH et combien savent qu'elles ont le VIH.

L'endroit de naissance est une variable nominale qui a été divisée en cinq catégories (1= Afrique; 2= Haïti; 3= Canada; 4= Caraïbes; 5= autres). Par une réponse courte, les participantes ont inscrit le nombre d'années de résidence au Canada et leur groupe ethnoculturel d'appartenance.

Les participantes ont indiqué le nombre d'années écoulées depuis leur diagnostic de séropositivité.

Les participantes ont indiqué si elles prennent des traitements antirétroviraux, ainsi que le nombre d'années qu'elles en prennent.

L'état de santé psychologique et l'état de santé physiologique ont été codés en cinq catégories (1= très mauvais; 2= mauvais; 3= passable; 4= bon; 5= très bon).

L'orientation sexuelle est une variable nominale qui a été divisée en quatre catégories (1= hétérosexuelle; 2= homosexuelle; 3= bisexuelle; 4= autre).

La seconde section, portant sur la sexualité, a été conçue à partir du questionnaire de Snell (1995), soit *The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire*. Ce questionnaire permet d'évaluer des aspects rattachés à la sexualité humaine. Onze variables (5 items pour chacune) ont été sélectionnées. Les items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert en 6 points, allant de 1 (ne me ressemble pas du tout) à 6 (me ressemble tout à fait). Les variables retenues sont les suivantes : sentiment d'efficacité personnelle sur les aspects sexuels de sa vie; conscience sexuelle; motivation à éviter les comportements sexuels à risque; affirmation sexuelle; optimiste à l'égard des aspects sexuels de sa vie; gestion des problèmes sexuels; estime sexuelle; satisfaction sexuelle; croyance que les aspects sexuels de sa vie sont contrôlés par les autres; prévention des problèmes sexuels; croyances que les aspects sexuels de sa vie sont déterminés par soi-même. La cohérence interne (alpha de Cronbach) de la version originale anglaise donne un coefficient moyen de 0,84 pour l'ensemble des variables (Snell, 1995).

Une des limites à utiliser ce questionnaire est qu'aucune version française n'a encore été traduite et validée. Le questionnaire a donc été traduit en français et révisé par deux autres chercheurs pour s'assurer que les énoncés étaient bien formulés et traduits. Une analyse de la cohérence interne pour la version du questionnaire utilisée pour cette recherche révèle un alpha de Cronbach de 0,89. Pour interpréter les données, il faut calculer la moyenne des items de chacune des variables séparément. Plus le score obtenu sera élevé, plus les participantes se rapprochent de la tendance mesurée par la variable.

La troisième section est inspirée du questionnaire de l'estime de soi de Rosenberg que Vallières et Vallerand (1990) ont traduit en français. La cohérence interne (alpha de Cronbach) de cette version originale est de 0,84 pour leur test-retest (Vallières et Vallerand, 1990). Parmi les dix items de l'échelle de l'estime de soi, quatre ont été sélectionnés. De plus, la question a été modifiée pour les participantes, afin que

celles-ci évaluent leur estime de soi dans des contextes bien précis (en tant que femme vivant avec le VIH/sida, femme citoyenne, femme responsable du foyer/mère et en tant que femme amante/amoureuse/épouse/conjointe). Par exemple, « en tant que femme vivant avec le VIH, j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même » ou « en tant que femme responsable du foyer/mère, parfois, je me sens vraiment inutile ». Les participantes avaient à se positionner pour chaque item sur une échelle de Likert de 6 points, 1 étant (totalement en désaccord) et 6 (totalement en accord). Une analyse de la cohérence interne révèle un alpha de Cronbach de 0,82. Pour interpréter les données obtenues par ce questionnaire, il faut calculer la somme des items pour chacun des contextes, de sorte que les scores possibles varient entre 4 et 24, 4 représentant le plus faible niveau d'estime de soi pouvant être obtenu et 24 le plus haut niveau.

La quatrième section permet d'évaluer la communication interpersonnelle des participantes sur la sexualité grâce au questionnaire intitulé *Dyadic Sexual Communication Scale* de Catania (2011). Aux fins de cette recherche, la version courte du questionnaire a été utilisée. Cette version a été évaluée préalablement dans une étude longitudinale menée par le *National AIDS Behavior Survey* (NABS) auprès de 5 900 participants. L'alpha de Cronbach obtenue était alors de 0,62, ce qui est bon (Catania, 2011). Le test de la consistance interne a été de nouveau répété auprès de la population cible. Ce test révèle un alpha de Cronbach de 0,49, ce qui est insuffisant pour garantir une bonne validité. Par conséquent, l'item 4.1. du questionnaire *Dyadic Sexual Communication Scale* a été enlevé, afin d'obtenir un alpha de Cronbach supérieur à 0,60 ($\alpha=0,86$). Le questionnaire comporte donc avec cet ajustement, trois items, avec une échelle de Likert de 6 points, 1 étant (totalement en désaccord) et 6 (totalement en accord). Par exemple, il est demandé « parler de sexualité est une expérience satisfaisante pour nous deux » ou « j'ai peu de difficulté à parler à mon(ma) partenaire de ce que je peux ou ne peux pas faire sexuellement ». Dans ce mémoire, le questionnaire a également été traduit en français. Le score total de

l'échelle se calcule par la somme de chacun des items. Ce qui signifie que les scores possibles varient entre 3 et 18, 3 représentant le plus faible niveau de communication interpersonnelle sur la sexualité pouvant être obtenu et 18 le plus haut niveau.

La cinquième section du questionnaire vise à mesurer l'attitude à l'égard de l'utilisation du condom des participantes, grâce au *UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale* de Helweg-Larsen et Collins (1994). Trois variables de 5 items chacun ont été sélectionnées pour faire partie du questionnaire. Il s'agit du plaisir associé au condom, de l'embarras à négocier et à utiliser un condom et l'embarras à acheter des condoms. La validité du questionnaire a été mesurée auprès de trois échantillons indépendants. Dans l'ensemble des cas, l'alpha de Cronbach obtenu était valide et acceptable (Helweg-Larsen et Collins, 1994). Une traduction française a également été effectuée pour pouvoir utiliser ce questionnaire auprès des FVVIH du Québec. Pour cette version-ci du questionnaire, une analyse de cohérence interne révèle un alpha de Cronbach de 0,86. Pour interpréter les données, il faut analyser chaque variable séparément. Pour chacune d'entre elles, la moyenne des items est calculée, selon une échelle de Likert à 6 points, allant de 1 (totalement en désaccord) à 6 (totalement en accord). Plus la moyenne sera élevée, plus les participantes ont une attitude positive à l'égard du condom.

La dernière section comporte des items tirés du *HIV stigma scale*, questionnaire utilisé dans l'étude MAΨA, une étude longitudinale portant sur l'état de santé, la qualité de vie et les comportements de prévention chez les PVVIH au Québec (Berger, Ferrans et Lashley, 2001 dans Godin, Otis et Groupe d'étude MAΨA, 2003). Ce questionnaire permet de mesurer la stigmatisation en lien avec le dévoilement. Par exemple, il est demandé « je suis inquiète que les gens me jugent en apprenant que j'ai le VIH » ou « c'est risqué de dire à quelqu'un que j'ai le VIH » (Berger, Ferrans et Lashley, 2001 dans Godin, Otis et Groupe d'étude MAΨA, 2003). Les chercheurs

responsables de cette étude ont traduit le questionnaire en français et seulement les 8 items en lien avec le dévoilement et la stigmatisation ont été sélectionnés.

L'alpha de Cronbach obtenu pour la version française du questionnaire utilisé auprès de 809 personnes séropositives au VIH est de 0,87 (Godin, Otis et Groupe d'étude MASHA, 2003). Comparativement, une analyse de la cohérence interne pour le questionnaire utilisé dans cette recherche révèle un alpha de Cronbach de 0,59, ce qui est insuffisant. L'item 6.5 du questionnaire sur la stigmatisation en lien avec le dévoilement a donc été supprimé pour les analyses, dans l'optique d'obtenir une meilleure consistance interne ($\alpha=0,65$). Pour chaque item, une échelle de Likert en 6 points, allant de 1 (totalement en désaccord) à 6 (totalement en accord) a été utilisée. Le score total de l'échelle se calcule par la somme de chacun des items. Ce qui signifie que les scores possibles varient entre 7 et 42, 7 représentant le plus faible niveau de stigmatisation pouvant être obtenu et 42 le plus haut niveau.

4.3.4.2. Le journal de bord

Le journal de bord fournit, du point de vue de l'animatrice et des coanimatrices, des informations sur l'implantation du programme et ses effets. De ce fait, trois indicateurs permettront d'évaluer son implantation, soit : 1) le degré d'implantation entre le déroulement initialement prévu et celui implanté; 2) les facteurs contextuels et 3) l'appréciation des participantes. Pour évaluer les effets, l'atteinte subjective des objectifs est aussi documentée (appendice E).

Le degré d'écart entre le déroulement prévu et celui réalisé est le premier indicateur qui a été observé. Plus précisément, le degré d'implantation des rencontres pour chacun des trois milieux et le degré d'implantation par activités pour l'ensemble des

milieux ont été observés. Ainsi, à la fin des rencontres, l'animatrice et une coanimatrice (la chercheuse et une intervenante d'expérience) ont évalué dans quelle mesure les aspects compris dans chacune des rencontres (c.-à-d. accueil, activités, bilan) ont été complétés tel que prévu à l'aide d'une échelle de Likert de 3 points, allant de 1 (pas du tout) à 3 (totalement).

La perception de l'animatrice et des coanimatrices quant aux facteurs contextuels ayant entravé ou facilité l'implantation du programme dans les milieux constitue le deuxième indicateur. D'après Legendre (2005, p.1027), la perception se traduit comme un « processus par lequel une personne acquiert de l'information de son environnement ». Dans les journaux de bord, l'animatrice et les coanimatrices ont donc noté leur perception des facteurs contextuels en fonction de trois catégories, soit 1) les facteurs en lien avec le rôle de l'animatrice et de la coanimatrice (par exemple, lacunes au niveau des connaissances, habiletés et performances); 2) les facteurs en lien avec le rôle des participantes (par exemple, malaise envers les thèmes et niveau de participation) et 3) les facteurs en lien avec l'environnement (par exemple, matériel et équipement, local, organisation). Les trois catégories reprennent des éléments du guide d'implantation proposé par Nadeau (1988), dont les aspects d'ordre personnel (les acteurs impliqués) et les aspects physiques (matériel, équipement, locaux). Ce guide a été élaboré pour indiquer aux chercheurs les dimensions critiques d'un programme et le type d'informations qui importe de recueillir (Nadeau, 1988).

Le score d'appréciation des participantes à l'égard de l'ensemble du programme est le troisième indicateur. L'appréciation se définit comme la « détermination de la valeur de quelque chose, jugement » (Legendre, 2005, p. 87). En ce sens, l'animatrice et les co-animatrices ont noté leur perception de l'appréciation des participantes pour chacune des activités, à l'aide d'une échelle de Likert de 5 points, allant de 1 (pas du tout) à 5 (totalement) sur la base de leurs observations et des commentaires donnés

par les participantes à la fin de chaque rencontre. En effet, lors du bilan de chacune des rencontres, l'animatrice et la coanimatrice demandaient aux participantes quelles étaient leurs opinions sur les activités et ce qu'elles avaient le plus et le moins apprécié durant la rencontre.

La perception de l'animatrice et des coanimatrices à l'égard de l'atteinte des objectifs du programme constitue un indicateur pour évaluer les effets du programme. Pour évaluer l'atteinte subjective des objectifs, une échelle de Likert de 3 points a été employée, allant de 1 (pas du tout) à 3 (totalement).

4.3.4.3. Le questionnaire d'appréciation

Le questionnaire sur l'appréciation des participantes à l'égard du programme a été distribué à la toute fin du programme, lorsque toutes les rencontres avaient été complétées (appendice F). Ce dernier présente treize énoncés, mesurés à l'aide d'une échelle de Likert en 6 points, allant de 1 (totalement en désaccord) à 6 (totalement en accord). Il est demandé entre autres, « les thèmes (le contenu) discutés étaient intéressants et motivants » ou « je suis satisfaite de ce que j'ai reçu ». Le score global se calcule par la moyenne des scores obtenus pour chaque énoncé. Plus la moyenne sera élevée, plus les participantes sont satisfaites.

La cohérence interne (alpha de Cronbach) de cette échelle globale est de 0,81 (Racicot, 2010). Cette échelle a été utilisée auprès de FVVIH ayant participé au programme Pouvoir Partager/Pouvoirs Partagés à travers le Québec, clientèle semblable à celle rencontrée par cette recherche.

4.3.4.4. La plénière évaluative

Une plénière évaluative a été tenue à la fin du programme auprès des groupes ayant reçu l'ensemble des rencontres (appendice G). Les plénières évaluatives avaient pour but de compléter et nuancer les résultats obtenus lors de l'évaluation de l'implantation et des effets. Plus spécifiquement, les participantes ont été questionnées sur ce qu'elles retirent personnellement de leur participation au programme (c.-à-d. les effets du programme), sur leur appréciation des éléments du programme (par ex. déroulement, contenu, activités, matériel, climat, animation) et les améliorations à apporter au programme. Cette méthode évaluative présente plusieurs avantages dont celui d'aider à l'interprétation des résultats obtenus par les journaux de bord, le questionnaire pré-programme et le questionnaire d'appréciation (Stewart, Shamdasani et Rook, 2009). Cette démarche contribue à pallier à l'échantillon restreint et à l'absence d'un groupe témoin lors de l'évaluation.

4.3.5. Analyse des données

Les données qualitatives et quantitatives ont d'abord été analysées séparément, pour ensuite, être triangulées. La section suivante expose la procédure utilisée.

L'analyse thématique est la méthode désignée pour analyser les données qualitatives, autant pour celles provenant des journaux de bord, que des plénières évaluatives. D'après Paillé et Mucchielli (2012), l'analyse thématique consiste « à attribuer des thèmes en lien avec un matériau soumis à une analyse, puis effectuer des regroupements de plus en plus complets » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 235). Un thème se définit par un « ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur

des propos » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.242). En fait, ce type d'analyse répond à deux fonctions. La première fonction est de repérer les thèmes qui se dégagent des données qualitatives et la deuxième consiste à effectuer des parallèles ou documenter les ressemblances et les divergences entre les différents thèmes pour ensuite ressortir les grandes tendances du phénomène étudié (Paillé et Mucchielli, 2012). Il faut que les regroupements respectent certains critères, puisque ceux-ci doivent être homogènes, exhaustifs, exclusifs et adéquats à l'objet d'étude (Sabourin, 2010). En ce sens, l'analyse thématique permet de mettre en valeur l'essence des propos tirés et d'en soustraire ce qui est fondamental aux fins de ce mémoire. Il s'agit d'une méthode tout à fait appropriée dans ce contexte, puisqu'elle est rapide, concorde bien dans un cadre de recherche-action et son utilisation est complémentaire aux méthodes quantitatives (Paillé et Mucchielli, 2012).

Plus concrètement, pour réaliser l'analyse thématique, la démarche choisie a été la thématization en continu. D'abord, le matériel qualitatif provenant des plénières et des journaux de bord a été retranscrit à l'aide d'un logiciel de traitement de texte et imprimé sur un support papier. Le matériel étudié a par la suite été relu à plusieurs reprises et dans un document à part, différentes formes de marquages ont été réalisées, tels des mots clés et des annotations ou réflexions personnelles. Cette étape a permis de mieux s'approprier les données brutes et d'avoir une perspective d'ensemble. Le mode d'inscription des thèmes choisis est celui en marge. En ce sens, dans un document appelé relevé de thèmes, les thèmes retenus ont été inscrits. Les thèmes ont été par la suite, soit fusionnés, subdivisionnés, regroupés ou hiérarchisés. Cette démarche fut continue et progressive, dans la mesure où l'arbre thématique a été construit progressivement et terminé uniquement lorsque l'analyse du corpus a été parachevée. L'arbre thématique est en fait, une schématisation de l'ensemble des regroupements thématiques présentant les thèmes et leurs sous-thèmes.

Les données quantitatives ont été obtenues grâce aux journaux de bord remplis par l'animatrice et les coanimatrices, de même qu'à partir du questionnaire pré-programme et du questionnaire d'appréciation. Des analyses univariées (distribution de fréquences) ont été effectuées pour définir un portrait sociodémographique et sexuel de la population. Ensuite, le nombre de rencontres réalisées pour chacun des sites a été observé, afin de documenter le degré d'implantation.

Pour les journaux de bord, afin d'établir le degré d'implantation des rencontres, il fallait d'abord créer de nouvelles variables en calculant la moyenne obtenue pour l'ensemble des activités réalisées dans chacune des neuf rencontres du programme pour chacun des milieux d'implantation. Le score obtenu se situait alors de 1 (pas du tout implanté comme prévu) à 3 (totalement implanté comme prévu). Puis, afin de faciliter l'interprétation, les scores ont été convertis en pourcentage. Par la suite, pour calculer le degré d'implantation par activités, une moyenne du score obtenu par activités pour l'ensemble des trois milieux a été calculée. Le score, se situant sur une échelle de Likert de 3 points, a ensuite été converti en pourcentage. Pour faciliter l'interprétation, les normes établies pour ce critère ont été prises en considération (voir figure 2.3).

Pour calculer l'appréciation des participantes à l'égard des activités perçue par l'animatrice et les coanimatrices, une moyenne du score obtenu dans chacun des trois milieux a été calculée. Les scores se situent de 1 (pas du tout apprécié) à 5 (totalement apprécié) pour chacune des activités. Cette même procédure a aussi permis de calculer le niveau d'atteinte des objectifs pour chacun des sites. Les scores obtenus ont ensuite été convertis en pourcentage. Une moyenne des scores obtenus au questionnaire d'appréciation a également été réalisée pour connaître le niveau d'appréciation des participantes à l'égard de l'ensemble du programme. Pour faciliter l'interprétation, les normes établies pour ces trois critères ont été prises en considération (voir figure 2.3).

Pour effectuer la triangulation des données, l'approche complémentaire a été utilisée. Cette approche signifie que les éléments qualitatifs contribuent à enrichir les éléments quantitatifs et vice-versa. Après avoir analysé l'ensemble des résultats qualitatifs et quantitatifs séparément, les données ont été regroupées selon le type de variables appréciées et ensuite, comparées pour voir si les résultats sont similaires ou contradictoires (Guion, Diehl et McDonald, 2011). En observant la présentation des résultats, il est possible de distinguer quels sont les aspects rattachés au qualitatif ou au quantitatif. Toutefois ceux-ci sont présentés de façon conjointe pour que les données se complètent entre elles (Pluye *et al.*, 2009).

4.4. Considérations éthiques

Afin d'assurer le respect des droits et libertés des participantes, plusieurs précautions ont été prises. En premier lieu, une demande d'approbation éthique a été déposée auprès du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) de l'Université du Québec à Montréal (appendice H). Chaque sujet désirant participer à la recherche a signé un formulaire de consentement. Deux types de formulaires de consentement ont ainsi été réalisés, un pour les participant(e)s du comité consultatif (appendice I) et un autre pour les participantes du programme (appendice J). À l'intérieur de ces formulaires se retrouvent les avantages et les risques de participer à la recherche, les buts de celle-ci, le droit de se désister à tout moment et les modalités prises pour assurer leur anonymat et leur confidentialité. D'ailleurs, lors de la cueillette et l'analyse des résultats, les noms des participantes ont été remplacés par des noms fictifs. La chercheuse s'est assurée que les participant(e)s aient bien lu et compris le formulaire de consentement. En outre, les noms des organismes où a eu lieu l'implantation ne sont pas mentionnés dans ce mémoire, afin d'éviter qu'il y ait préjudice.

Toutes les informations recueillies dans ce projet ont été et seront gardées confidentielles, c'est-à-dire que le nom des participants et des trois milieux ne figurera nulle part dans les publications scientifiques et personne ne sera en mesure de les identifier. Dans les questionnaires pré-programme et d'appréciation, les participantes ont créé un code connu uniquement d'elles. Dans les retranscriptions des enregistrements des plénières évaluatives et du comité consultatif, aucun prénom n'a été inscrit. Un surnom a été inscrit à la place des prénoms. Les questionnaires, les journaux de bord, les retranscriptions des plénières évaluatives et du comité consultatif et le formulaire de consentement sont conservés à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES) et seront détruits dans cinq ans.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Afin de répondre aux questions de recherche, la présentation des résultats se divise en deux volets. Le premier volet, portant sur l'adaptation culturelle du programme, exposera les différentes données qui ont mené à l'identification des éléments fondamentaux et des caractéristiques clés du programme. Le deuxième volet portera sur les résultats obtenus grâce à l'évaluation du programme. Le degré d'implantation, les facteurs contextuels ayant entravé ou facilité l'implantation, l'appréciation du programme et ses effets seront décrits. Les données provenant des analyses quantitatives et qualitatives seront présentées simultanément, afin de détailler plus explicitement chacun des aspects explorés par cette recherche.

5.1. Premier volet : l'adaptation culturelle du programme

5.1.1. Étape 1 L'analyse des besoins

La première étape de l'adaptation culturelle du programme, soit l'analyse des besoins, a été réalisée en grande partie par la recension des écrits (Trottier *et al.*, 2005; Wingood *et al.*, 2012; Sow et Desclaux, 2011; Psaros *et al.*, 2012; Schiltz *et al.*, 2006; Lifshay *et al.*, 2005; Wallach *et al.*, 2013; Florence *et al.*, 2004), mais aussi par les

échanges avec des informateurs clés, lors des rencontres avec le comité consultatif. Par la suite, les principales divergences et concordances entre les FVVIH du Mali et celles Québec ont été mises en relief. Par contre, peu d'études recensées étaient spécifiques à la SSR des FVVIH au Québec et du Mali, ce qui rendait difficile de différencier les besoins des deux populations. De ce fait, la plupart des études ont été réalisées en Afrique ou aux États-Unis. Néanmoins, certaines données sociodémographiques permettent de mieux cibler les divergences et les convergences entre les FVVIH du Mali et du Québec (voir tableau 5.1).

Tableau 5.1
Les divergences et convergences entre les FVVIH au Mali et au Québec

Origine ethnique	Plusieurs FVVIH au Québec proviennent de pays africains, d'Haïti ou des Caraïbes. Elles représentent 42,5 % des nouveaux cas d'infection au VIH se rapportant aux femmes (MSSS, 2013). Au Mali, les femmes originaires d'un autre pays ne semblent pas avoir un taux de prévalence important, puisque cette information n'est pas documentée (Haut Conseil National de lutte contre le sida, 2012).
Séroprévalence	Le nombre de FVVIH au Québec est beaucoup moins élevé qu'au Mali (la séroprévalence des femmes au Mali est de 1,5 %) (CPS/MS, DNSI/MEIC et Macro International Inc., 2007). Au Québec le taux de test séropositif pour 100 000 personnes est de 7,1 (MSSS, 2013).
Âge	La moyenne d'âge des FVVIH au Québec est similaire à celle des FVVIH au Mali. Au Québec, l'âge médian des nouveaux diagnostics au VIH pour les femmes est de 37 ans (INSPQ, 2012a). Au Mali, une étude réalisée auprès de FVVIH fréquentant ARCAD-SIDA, l'organisme où a été donné le programme malien, a démontré que la moyenne d'âge des femmes était de 35,2 ans (Otis <i>et al.</i> , 2012). Toutefois, la proportion de FVVIH vieillissantes devient de plus en plus importante au Québec (Wallach <i>et al.</i> , 2013).

Statut relationnel	Au Québec, la proportion de FVVIH sans partenaire régulier est plus élevée qu'au Mali. Au Québec, sur l'ensemble des FVVIH qui ont participé à la première rencontre du programme, 82,4 % se disaient célibataires. Au Mali, 60,9 % des FVVIH, qui ont participé à l'étude menée entre autres par ARCAD-SIDA, ont un partenaire ou un mari (Otis <i>et al.</i> , 2012).
Type d'union	Le type d'union est différent dans les deux pays. Contrairement au Canada où la polygamie est illégale selon l'article 293 du Code criminel du Canada, au Mali les unions polygames sont très fréquentes, puisqu'elles concernent 40% des femmes en union (CPS/MS, DNSI/MEIC et Macro International Inc., 2007).
Fécondité	Au Québec, l'indice synthétique de fécondité indépendamment du statut sérologique, s'établit à 1,68 enfant par femme (Girard, 2013), tandis qu'au Mali, ce taux se chiffre à 6,6 enfants par femme (CPS/MS, DNSI/MEIC et Macro International Inc., 2007).

Plusieurs constats ont pu être réalisés sur la SSR des FVVIH du Québec et du Mali grâce aux discussions entre les membres du comité consultatif et à la consultation de comptes-rendus réalisés à la suite des rencontres de travail entre la CReCES (Québec), ARCAD-SIDA (Mali) et la Coalition PLUS (France). Ainsi, il ressort que les FVVIH, qu'elles soient du Mali ou du Québec, ont certains besoins en matière de SSR similaires. Par exemple, il fût mentionné, autant pour le Québec que pour le Mali, que les FVVIH ont une faible estime d'elles-mêmes, qu'elles éprouvent des difficultés sexuelles, ont de la difficulté à gérer la question du dévoilement et à communiquer leurs besoins sexuels. Il apparaissait que les principaux changements au programme qui devaient être apportés étaient surtout dus à certaines caractéristiques sociodémographiques divergentes entre les deux populations, particulièrement en ce qui concerne le statut conjugal, le type d'union et le taux de fécondité qui diffèrent grandement entre les FVVIH au Québec et celles du Mali. Ces changements sont en lien avec les caractéristiques clés du programme. Entre autres, alors qu'au Mali seulement les FVVIH en couple étaient éligibles au programme, au Québec, il fût décidé que les FVVIH célibataires, veuves ou séparées pouvaient également participer au programme. L'excision et les inégalités de genre sont

également deux réalités davantage présentes au Mali, qu'au Québec (Samaké *et al.*, 2006). Toutefois, considérant qu'une proportion importante de FVVIH au Québec provient d'un pays où le VIH est endémique (ASPC, 2012a), ces aspects ont été considérés dans le programme adapté, par le biais d'applications pratiques sur l'affirmation de ses besoins, sur la diversité des scénarios sexuels, ainsi que sur les rôles sociosexuels.

Par la suite, tel que le démontre la figure 5.1, un modèle logique a été créé pour identifier les éléments fondamentaux du programme, afin de préserver sa fidélité. Dans le modèle logique se retrouvent les éléments du programme qui ne peuvent pas être modifiés. Le programme adapté au Québec vise le même objectif comportemental que celui du Mali, qui est d'amener les participantes à être en mesure de mobiliser leurs ressources personnelles et les ressources disponibles dans leur environnement de manière à améliorer leur bien-être sexuel et affectif et indirectement leur qualité de vie. Par conséquent, le programme québécois doit amener les participantes à travailler autant sur des déterminants personnels, que sur des déterminants externes. Il importe que les applications pratiques soient soutenues par des méthodes théoriques.

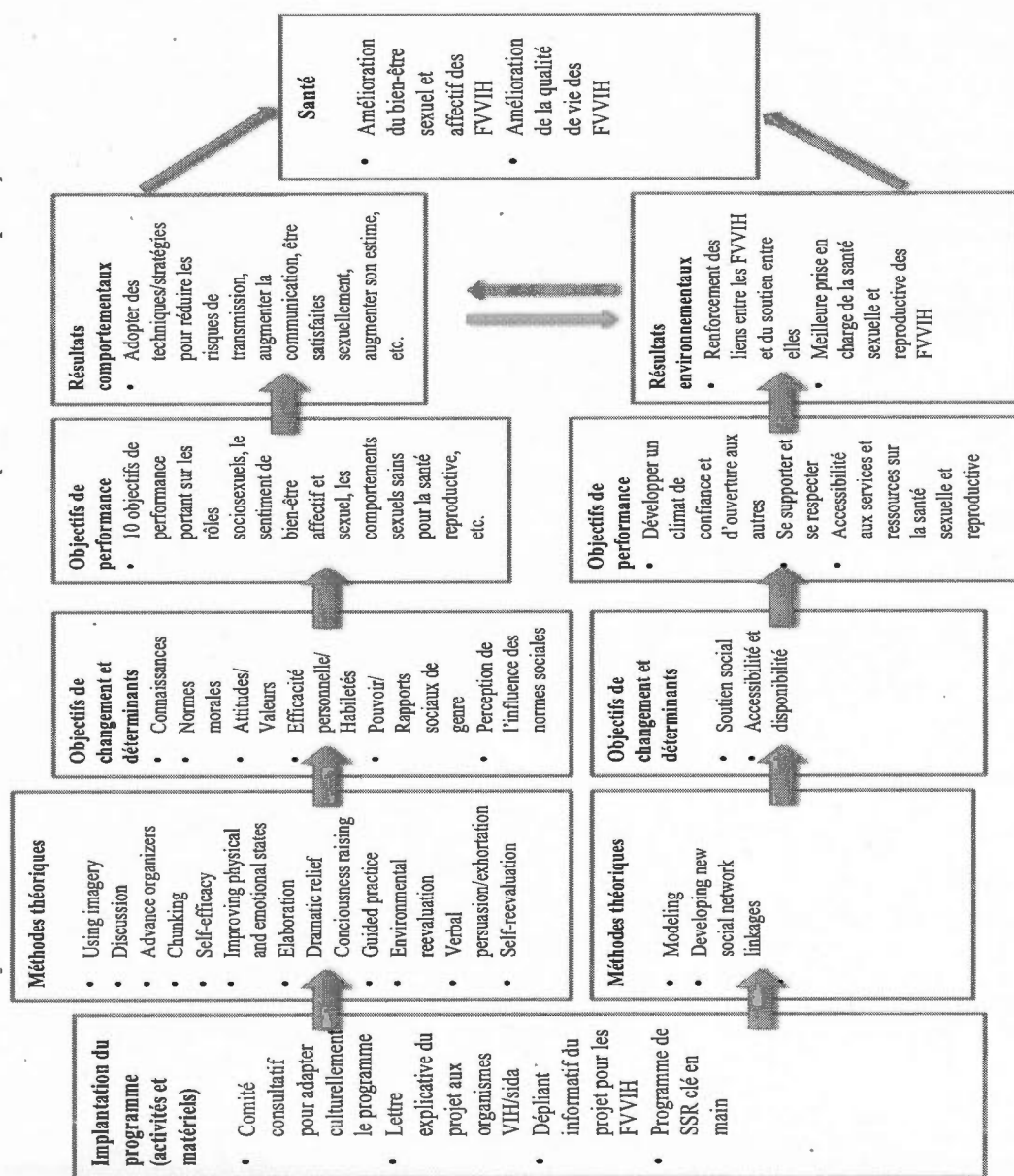


Figure 5.1 Modèle logique du programme (inspiré de Bartholomew *et al.*, 2011, p. 516)

5.1.2. Étape 2 La matrice, un modèle logique de changement

À partir de l'analyse des besoins et du travail réalisé avec le comité consultatif, la matrice d'intervention du programme a été modifiée pour correspondre à la nouvelle population. Les aspects qui ont été modifiés se retrouvent en italique dans le tableau 5.2.

Les déterminants personnels et externes sont restés les mêmes, car il s'agit d'éléments fondamentaux. Les déterminants personnels sur lesquels les FVVIH sont amenées à travailler sont les connaissances, les normes morales, les attitudes ou valeurs, l'efficacité personnelle ou habiletés, le pouvoir ou les rapports sociaux de genre et la perception de l'influence des normes sociales. Les déterminants externes conservés sont le soutien social et l'accessibilité et disponibilités aux ressources externes.

Dans la nouvelle matrice, la plupart des objectifs sont restés identiques, à quelques exceptions près. Les trois premiers objectifs de performance, ainsi que les objectifs de changements qui s'y rattachent sont restés identiques. Plus précisément, ces objectifs sont en lien avec les rôles sociosexuels et le sentiment de bien-être affectif et sexuel.

L'ordre des objectifs de performance a été modifié pour qu'il y ait une progression logique dans les thématiques abordées et que les participantes au programme aient le temps de créer un lien de confiance entre elles, avant d'aborder des thèmes plus délicats et sensibles. Cette modification s'explique principalement par le fait que le programme malien était également en construction et que ce dernier n'avait pas encore été implanté ou évalué. De ce fait, il s'agit plutôt d'un changement exercé suite à une réflexion plus approfondie de la question. Ainsi, l'ordre du quatrième, cinquième, septième et huitième objectif de performance a changé. Au Mali, le programme abordait à partir de la quatrième rencontre, dans l'ordre, l'impact du VIH

sur la sexualité, l'acceptation du statut séropositif au VIH, les stratégies de communication, le dévoilement et la santé reproductive. Au Québec, la santé reproductive est vue en premier, suivie de l'impact du VIH sur la sexualité, de l'acceptation du statut sérologique, du dévoilement et des stratégies de communication.

Le quatrième objectif de performance « adopter des comportements sexuels sains pour leur santé reproductive » a remplacé l'objectif suivant « satisfaire leurs besoins en matière de santé reproductive », puisqu'au Québec, il était essentiel de miser davantage sur les comportements sexuels sains, comme l'utilisation du condom, plutôt que sur le désir d'avoir des enfants et la grossesse. En se fiant au portrait sociodémographique des FVVIH au Québec, la plupart ont déjà en haut de 35 ans et ne désirent probablement plus d'enfants. Il a donc fallu avoir une rencontre qui aborde davantage l'utilisation du condom et de la digue dentaire, les connaissances de base sur la santé reproductive et le VIH et la négociation du condom et de la digue dentaire. D'ailleurs, la « digue dentaire » a été ajoutée pour que les femmes sachent qu'il est possible de se protéger durant la pratique du cunnilingus et que celles qui sont lesbiennes ou bisexuelles se sentent interpellées par la rencontre.

Au niveau de la matrice, aucun changement n'a été apporté aux objectifs de performances cinq et six, qui sont « évaluer dans quelle mesure le VIH est venu moduler leurs identités comme femme et comme être sexué » et « prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être ».

Le septième objectif de performance « reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au dévoilement ou au non-dévoilement de leur statut séropositif au VIH avec leur partenaire ou leur enfant » a remplacé « reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au partage de leur statut sérologique avec leur mari/conjoint ». Le terme

« dévoilement » est davantage utilisé par la communauté québécoise que celui du « partage ». De plus, il apparaissait important d'offrir aux participantes des renseignements sur le non-dévoilement, pour qu'elles puissent prendre une décision éclairée sur cette question. Par ailleurs, considérant qu'une proportion importante de FVVIH au Québec sont célibataires, mais ont au moins un enfant, le dévoilement à l'enfant a été ajouté pour qu'elles se sentent toutes concernées par l'objectif. Le terme « partenaire » est d'ailleurs plus inclusif que celui de « mari/conjoint ».

Pour atteindre le huitième objectif de performance portant sur la communication, l'objectif de changement « reconnaître différents types d'argumentation selon le besoin à exprimer » a remplacé « reconnaître différents styles de communication selon le type de personnalité », ainsi que celui portant sur les stratégies de persuasion. Les stratégies de persuasion étaient mal perçues par certains intervenant(e)s qui trouvaient que celles-ci se rapprochaient davantage de la manipulation. De plus, l'objectif « reconnaître les différents styles de communication selon le type de personnalité » faisait référence à s'adapter à la personnalité du mari/conjoint, ce qui ne rejoignait pas les femmes célibataires et était trop complexe à aborder dans une rencontre de deux heures.

L'objectif « reconnaître leur capacité à rencontrer un(e) partenaire indépendamment de leur statut séropositif au VIH » a été ajouté pour atteindre le neuvième objectif de performance qui vise à amener les femmes à adopter des moyens contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle. Il s'agit d'un objectif pertinent dans un contexte où beaucoup de FVVIH célibataires s'empêchent de rencontrer un partenaire à cause de leur statut sérologique, pensant qu'elles ont moins de valeurs qu'une femme non infectée par le VIH. Cette suggestion a été apportée par des intervenant(e)s travaillant depuis plusieurs années auprès de FVVIH lors d'une rencontre du comité consultatif pour l'adaptation culturelle du programme.

L'objectif « identifier des moyens pour se sentir séduisante » a été ajouté pour atteindre le dixième objectif de performance qui vise à amener les FVVIH à « adopter des stratégies pour s'apprécier dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué ». Durant les rencontres du comité consultatif, il a été mentionné que plusieurs FVVIH ont des besoins au niveau de leur estime de soi. Certaines ne se sentent pas toujours séduisantes et s'apprécient peu. De plus, il s'agit d'un objectif pertinent pour une femme célibataire qui aimerait rencontrer un(e) partenaire.

Tableau 5.2

Matrice d'intervention *La femme dans tous ses états, Québec*, Thème général 1 : Les rôles sociosexuels de la femme
Mobiliser leurs ressources personnelles et les ressources disponibles dans leur environnement de manière à améliorer leur sentiment de bien-être sexuel et affectif.

OBJECTIFS DE CHANGEMENT LES FEMMES APPRENNENT À...						
DÉTERMINANTS PERSONNELS						
Objectifs de performance (OP) Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...	Connaissances (C) Normes morales (NM)	Attitude/ Valeurs (AV)	Efficacité personnelle / Habiletés (EPH)	Pouvoir/Rapports sociaux de genre (P)	Perception de l'influence des normes sociales (PNS)	
OP1 Se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels.	C1a Dégager leurs représentations de ce qu'est une femme au Québec dans ses différentes sphères de vie (rôles sociosexuels) C1b Examiner les caractéristiques et implication de chacun des rôles sociosexuels de la femme.	AV1a Évaluer leur degré d'aisance à jouer l'un ou l'autre des rôles sociosexuels de la femme.			PN1a Reconnaître les représentations culturelles et sociales des rôles sociosexuels de la femme québécoise	
OP2 Clarifier leur sentiment de bien-être affectif et sexuel.	C2a Définir les diverses dimensions de la sexualité humaine C2b Définir ce que représente le bien-être dans un contexte sexuel et affectif	AV2a Réfléchir sur son état de bien-être dans un contexte sexuel et affectif		P3a Énumérer la façon dont les représentations culturelles et sociales des rôles sexuels de la femme influence son bien-être affectif et sexuel		
OP3 Établir les liens entre leurs propres rôles sociosexuels et leur sentiment de bien-être affectif et sexuel.	C2c Dégager les caractéristiques du bien-être dans un contexte sexuel et affectif C3a Qualifier ses propres sentiments de bien-être affectif et sexuel					

OBJECTIFS DE CHANGEMENT			
Objectifs de performance (OP)	DÉTERMINANTS EXTERNES		
	LES INTERVENANTES VONT...		
	Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)	
Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...			
OP1 Se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels.	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles		
OP2 Clarifier leur sentiment de bien-être affectif et sexuel	SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité		
OP3 Établir les liens entre ses propres rôles sociosexuels et son sentiment de bien-être affectif et sexuel	SSaa Se soutenir dans leurs réflexions SSbb Respecter les identités auxquelles les femmes s'identifient SScc Respecter les diverses opinions sur la sexualité		

OBJECTIFS DE CHANGEMENT

Objectifs de performance (OP)	DÉTERMINANTS PERSONNELS				
	LES FEMMES APPRENNENT À...				
	Connaissances (C)	Normes morales (NM)	Attitude/ Valeurs (AV)	Efficacité personnelle / Habiletés (EPH)	Perception de l'influence des normes sociales (PNS)
<p>Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...</p> <p>OP4 Adopter des comportements sexuels sains pour leur santé reproductive.</p>	C4a Connaître les notions de base sur le VIH, le cycle menstruel, l'appareil génital féminin, le condom masculin, la grossesse et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).	NM4a Évaluer les barrières à utiliser le condom ou la digue dentaire.		EPH4a Se sentir confiantes de surmonter les obstacles pour l'utilisation du condom ou de la digue dentaire.	PNS4a Identifier les représentations sociales et culturelles des femmes qui utilisent le condom ou la digue dentaire.
	C4b Identifier des contre-arguments en faveur de l'utilisation du condom ou de la digue dentaire.	NM4b Évaluer leur intention d'utiliser le condom ou la digue dentaire.		EPH4b Identifier des stratégies facilitant l'accessibilité et l'utilisation du condom ou de la digue dentaire.	
<p>OP5 Évaluer dans quelle mesure le VIH est venu moduler leurs identités comme femme et comme être sexué.</p>	C4c Identifier des techniques ou des méthodes pour rendre l'utilisation du condom ou de la digue plus attrayante et excitante.			EPH4c Développer des habiletés pour utiliser adéquatement le condom.	
	C5a Décrire dans leurs propres termes les impacts du VIH sur leur vie.		AV5a Reconnaître que le VIH vient moduler leurs identités comme femme et comme être sexué.	EPH5a Identifier des stratégies pour se sentir mieux, malgré les impacts du VIH sur leur vie.	

OBJECTIFS DE CHANGEMENT

Objectifs de performance (OP)			
DÉTERMINANTS EXTERNES			
LES INTERVENANTES VONT...			
Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...		Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)
OP4 Adopter des comportements sexuels sains pour sa santé reproductive.		SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles	AD4a Informer les femmes des en offrant des services et des ressource la santé sexuelle et reproductive (dépistage, planification familiale,
		SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion	
OP5 Évaluer dans quelle mesure le VIH est venu moduler leurs identités comme femme et comme être sexué.		SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité	
		LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...	
		SSaa Se soutenir dans leurs réflexions	
		SSbb Respecter les diverses opinions sur la sexualité	

OBJECTIFS DE CHANGEMENT

Objectifs de performance (OP)

DÉTERMINANTS PERSONNELS

LES FEMMES APPRENNENT À...

Connaissances (C)	Normes morales (NM)	Attitude/ Valeurs (AV)	Efficacité personnelle/Habiletés (EPH)	Pouvoir/Rapport sociaux de genre (P)
<p>OP6 Prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être.</p>	<p>NM6a Évaluer l'impact de l'acceptation du statut sérologique au VIH sur l'actualisation de leurs rôles sociosexuels.</p>	<p>AV6a Évaluer à quelle étape d'acceptation du statut sérologique au VIH elles se situent.</p>	<p>EPH6a Identifier des stratégies facilitant l'acceptation de son statut sérologique au VIH.</p>	<p>P6a Reconnaître qu'elles peuvent se sentir bien et qu'elles ne perdent pas leur valeur comme femme et être sexué en étant infectées par le VIH.</p>
<p>OP7 Reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au dévoilement ou au non dévoilement de leur statut séropositif au VIH avec leur partenaire ou leur enfant.</p>	<p>C7a Nommer les avantages et les inconvénients du dévoilement ou du non dévoilement de leur statut séropositif au VIH à leur partenaire ou leurs enfants.</p>	<p>NM7a Évaluer leur intention de dévoiler ou non leur statut sérologique au VIH à leur partenaire.</p>	<p>EPH7a Énumérer des stratégies pour surmonter les obstacles au bon déroulement du dévoilement de leur statut séropositif au VIH.</p>	
	<p>C7b Reconnaître les conditions facilitantes au dévoilement de leur statut séropositif au VIH à leur partenaire ou leurs enfants.</p>		<p>EPH7b Énumérer des stratégies pour garder le secret de leur statut séropositif au VIH.</p>	

OBJECTIFS DE CHANGEMENT

Objectifs de performance (OP)	DETERMINANTS EXTERNES		
	LES INTERVENANTES VONT...		
	Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)	
Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...			
OP6 Prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être.	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion	AD6a Énumérer des ressources et services adaptés à leurs besoins sexuels et affectifs.	
OP7 Reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au dévoilement ou au non dévoilement de leur statut séropositif au VIH avec leur partenaire ou leur enfant.	SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité LES FEMMES ENTRE ELLES VONT... SSaa Se soutenir dans leurs réflexions SSbb Respecter les diverses opinions sur la sexualité.		

OBJECTIFS DE CHANGEMENT

	DÉTERMINANTS PERSONNELS			
	Connaissances (C)	Attitude/Values (AV)	Efficacité personnelle /Habiletés (EPH)	Perception de l'influence des normes sociales (PNS)
Objectifs de performance (OP) Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...				
OP8 Identifier des stratégies de communication pour répondre à leurs besoins affectifs et sexuels.	C8a Identifier leurs besoins sexuels affectifs et sexuels. C8b Nommer des principes facilitant une communication efficace avec leur partenaire. C8c Reconnaître différents types d'argumentation selon le besoin à exprimer.	AV8a Exprimer leur désir de mettre en application certaines stratégies favorisant une meilleure communication avec leur partenaire.	PH8a Se sentir confiantes de communiquer leurs besoins sexuels et affectifs. EPH8b Démontrer l'habileté d'adapter leur communication au type de personnalité de leur partenaire.	PNS9a Identifier les normes culturelles au niveau de la sexualité et des rapports intimes entre les hommes et les femmes au Québec.
OP9 Adopter des moyens contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle.	C9a Définir dans leurs propres termes ce que représente le plaisir dans le contexte d'une relation affective et sexuelle. C9b Nommer les différences et les ressemblances entre les hommes et les femmes en ce qui concerne leur sexualité. C9c Identifier des objets, moyens ou méthodes contribuant à créer un contexte d'intimité ou à augmenter le désir et le plaisir sexuel. C9d Reconnaître l'existence de plusieurs zones érogènes chez la femme et l'homme. C9e Reconnaître que les risques de transmission du VIH/sida varient selon le type de pratiques sexuelles.	AV9a Reconnaître leur capacité à rencontrer un(e) partenaire indépendamment de leur statut séropositif au VIH. AV9b Reconnaître l'existence de divers scénarios et pratiques sexuelles pouvant favoriser leur bien-être sexuel et affectif. AV9c Exprimer leur désir de mettre en application certaines stratégies pour combler leurs propres besoins affectifs et sexuels et ceux de l'autre.	EPH9e Dégager des stratégies visant à diminuer ou gérer les impacts négatifs du VIH/sida sur leur sexualité.	

OBJECTIFS DE CHANGEMENT			
Objectifs de performance (OP)	DÉTERMINANTS EXTERNES		
	LES INTERVENANTES VONT...		
	Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)	
An cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...			
OP8 Identifier des stratégies de communication pour répondre à leurs besoins affectifs et sexuels.	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion	AD9a Énumérer des ressources et services adaptés à leurs besoins sexuels et affectifs.	
OP9 Adopter des moyens contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle.	SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité LES FEMMES ENTRE ELLES VONT... SSaa Se soutenir dans leurs réflexions SSbb Respecter les diverses opinions sur la sexualité		

OBJECTIFS DE CHANGEMENT

Objectifs de performance (OP)

DÉTERMINANTS PERSONNELS

LES FEMMES APPRENNENT À...

Au cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...

Connaissances (C)

Normes morales (NM)

Attitude/Valeurs (AV)

Efficacité personnelle / Habiletés (EPH)

OP10 Adopter des stratégies pour s'apprécier dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué.

C10a Dire dans leurs propres termes ce que représente l'estime de soi.

C10b Dire en ses propres mots ce que représente la féminité.

C10c Identifier des moyens pour se sentir séduisante.

NM10a Reconnaître leurs forces et leur cheminement depuis leur diagnostic dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué.

EPH10a Identifier des stratégies favorisant une meilleure estime de soi.

EPH10b Nommer des moyens pour augmenter son sentiment de désirabilité.

Objectifs de performance (OP)	OBJECTIFS DE CHANGEMENT	
	DÉTERMINANTS EXTERNES	
	LES INTERVENANTES VONT...	
An cours des activités, les femmes développent des habiletés pour...	Soutien social (SS)	Accessibilité et disponibilité (AD)
OP10 Adopter des stratégies pour s'apprécier dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué.	SSa Encourager les femmes à développer un climat de confiance et d'ouverture à l'autre afin qu'elles puissent se soutenir entre elles	
	SSb Soutenir les femmes dans leur réflexion	
	SSc Respecter les diverses opinions des femmes sur la sexualité	
	LES FEMMES ENTRE ELLES VONT...	
	SSaa Se soutenir dans leurs réflexions	
	SSbb Respecter les diverses opinions sur la sexualité	

5.1.3. Étape 3 Méthodes théoriques et applications pratiques en lien avec les objectifs d'apprentissage et de changement

Une fois que les deux premières étapes ont été réalisées, il fallait s'assurer que chaque objectif soit atteint par une ou plusieurs applications pratiques (activités), qui sont soutenues par une méthode théorique. Cette étape avait été amorcée pour le programme malien, sans toutefois être finalisée. Le travail réalisé pour l'adaptation culturelle s'inscrit donc en continuité avec celui du Mali.

Premièrement, des méthodes théoriques ont été sélectionnées pour répondre aux objectifs et aux déterminants sur lesquels les participantes seront amenées à travailler. Comme démontré par le tableau 5.3, il peut y avoir plusieurs méthodes théoriques pour répondre à un seul objectif, comme il peut y avoir la même méthode théorique pour plusieurs objectifs. Les changements apportés à la matrice d'intervention ont été considérés, pour que les nouveaux objectifs soient inclus dans le tableau. Les méthodes théoriques qui ont été sélectionnées proviennent toutes des exemples illustrés dans l'ouvrage de Bartholomew *et al.* (2011, p. 309-377). La réalisation de ce tableau a permis de s'assurer que tous les objectifs seraient considérés dans le programme.

Par la suite, les quatre méthodes théoriques sur lesquelles s'appuient les applications pratiques ont été explorées plus en profondeur pour construire et structurer les applications pratiques. Les trois premières méthodes théoriques couvertes dans les paragraphes suivants apportent surtout des changements d'ordre individuel, alors que la quatrième méthode théorique sur les réseaux sociaux et le soutien social (*Theories of Social Networks and Social Support*) de Heaney et Israel (2008) vise spécifiquement des changements environnementaux.

5.1.3.1. Méthodes théoriques pour des changements d'ordre individuel

Le programme s'inspire des concepts définis par la théorie du traitement de l'information (*Theorie of Information Processing*), expliquée dans l'ouvrage de Bartholomew *et al.* (2011). Il s'agit d'une théorie qui s'intéresse à comment l'information peut être perçue, enregistrée et récupérée par les participantes. Pour transmettre certaines informations du programme, la méthode de division (*chunking*) aide à la mémorisation en organisant l'information en différentes parties (Bartholomew *et al.*, 2011). L'activité de la mosaïque, qui rappelle les rôles sociosexuels discutés lors de l'activité de la trousse de la féminité de la rencontre 1, est inspirée de cette méthode. Plus précisément, chaque participante se retrouve avec une mosaïque constituée de neuf morceaux distincts représentant chacun, à l'aide d'une illustration, un rôle sociosexuel attribué à la femme. Après avoir discuté de l'ensemble de ces rôles, les participantes sont invitées à assembler les neuf morceaux et à retourner la mosaïque pour constater qu'au verso se retrouve l'image d'une femme. Les participantes constateront alors que l'identité d'une femme ne dépend pas uniquement d'un seul rôle sociosexuel, mais plutôt de plusieurs rôles, qui relèvent d'une importance différente pour chacune d'elles. Les participantes, par cette méthode, ont donc plus de probabilités de se rappeler des rôles constituant leur identité et de mieux comprendre le concept.

À certains moments, l'utilisation d'objets ou de dessins pour stimuler la discussion (*using imagery*) a été utilisée dans certaines activités, comme celle de la trousse de la féminité, de la trajectoire de vie et de l'activité sur les zones érogènes. Par exemple, lors de l'activité sur les zones érogènes de la rencontre 8, les participantes ont été amenées à identifier les zones érogènes de la femme et de l'homme à partir de schémas représentant le corps humain de chacun des sexes, selon divers profils (frontal et dorsal) et en discuter ensuite (Bartholomew *et al.*, 2011).

La théorie de l'apprentissage social (*Social Cognitive Theory*), telle que définie par Bandura (1998) et McAlister, Perry et Parcel (2008), a guidé plusieurs applications pratiques. Selon cette théorie, bien que les facteurs environnementaux influencent les individus et leurs comportements, les individus eux-mêmes et les groupes d'individus influencent aussi leur environnement et leurs propres comportements. En outre, le sentiment d'efficacité personnelle (self-efficacy) ou d'efficacité collective (collective efficacy) influence la probabilité d'adopter un comportement, tout comme l'anticipation des conséquences à adopter ce comportement (outcome expectations). Ainsi, plus un individu se sent compétent et sûr de disposer des habiletés nécessaires à la réalisation d'un comportement et plus la probabilité de l'adopter est grande.

Dans cet ordre d'idées, plusieurs activités amènent les participantes à se sentir plus confiantes et contribuent au développement d'habiletés comportementales. Entre autres, l'activité sur la persuasion de l'utilisation du condom amène les participantes à développer des habiletés et des connaissances sur la négociation du condom, alors que l'activité sur les obstacles à une relation sexuelle satisfaisante et sécuritaire amène les participantes à discuter ensemble de stratégies, de techniques et de moyens pour surmonter les obstacles nuisant à l'utilisation du condom, de la digue dentaire ou au plaisir lors d'une relation sexuelle. L'activité sur les stratégies de communication contribue à développer les habiletés de communication à l'aide de jeux de rôles orientés sur leurs propres besoins affectifs et sexuels.

D'après Bandura (1998) et McAlister, Perry et Parcel (2008), les individus apprennent beaucoup par observation et par des modèles sociaux, particulièrement lorsque ceux-ci présentent des caractéristiques similaires à soi. Tenant compte de cet aspect, plusieurs activités du programme offrent l'opportunité aux participantes de partager entre elles leurs expériences et les stratégies qu'elles ont utilisées pour surmonter différentes épreuves. L'échange de conseils et la valorisation de la trajectoire de vie de chacune des participantes sont mis de l'avant durant le

programme. Les activités suivantes en sont un bel exemple : la trajectoire de vie et la plénière (rencontre 5), le témoignage d'un plan d'action (rencontre 6) ou encore l'échange de conseils (rencontre 6).

L'activité de l'imagerie mentale (rencontre 2) a été inspirée d'un concept de la théorie de l'apprentissage social, qui amène l'individu à travailler sur son état physique et émotionnel (*improving physical and emotional states*) (Bandura, 1998). D'après Bandura (1998), un individu peut augmenter son efficacité personnelle en travaillant sur son état physique et émotionnel et en diminuant son stress et ses interprétations négatives. L'activité sur l'imagerie mentale où les participantes sont amenées à relaxer et à se concentrer sur leur respiration aide à visualiser des moments de bien-être, à se sentir mieux durant la rencontre et à découvrir une technique qu'elles pourront réutiliser seules.

Le jeu de la toile (rencontre 9) s'inspire en partie, du concept de persuasion sociale (*verbal persuasion/exhortation*) consistant à renforcer la croyance que les gens sont capables d'accomplir certains comportements (Bandura, 1998). Une prise de conscience sur les ressources personnelles et qualités de chacune des participantes est visée durant cette activité.

Le modèle transthéorique (Trans-Theoretical Model) de Prochaska, Redding et Evers (2008) s'intéresse aux étapes par lesquelles un individu peut passer lorsqu'il souhaite changer de comportement, de même qu'aux différents processus contribuant au changement de comportement. D'après Prochaska, Redding et Evers (2008), pour changer de comportement, une part importante de ce changement relève de l'évaluation de son identité comme personne (*self-reevaluation*). Par exemple, l'activité « une pensée pour soi et une autre femme » (rencontre 9) s'inspire de ce concept, puisque la participante doit réfléchir à sa propre identité et à ce qu'elle se souhaite dans l'avenir en s'écrivant une lettre qu'elle recevra plus tard par la poste.

Ainsi, l'animatrice doit conserver dans un endroit assurant la confidentialité les lettres des participantes pendant plusieurs semaines, pour ensuite les poster à l'adresse inscrite sur l'enveloppe cachetée. En recevant ce message quelques mois plus tard, la participante peut alors constater si ses aspirations sont réalistes ou quels changements elles pourraient y apporter. En fait, il s'agit d'un outil pouvant favoriser une prise de conscience.

L'évaluation de son propre environnement (*environmental reevaluation*) est aussi un concept de Prochaska, Redding et Evers (2008) qui a inspiré l'activité sur le bilan de l'impact de l'acceptation du VIH sur son bien-être (rencontre 5). Ce concept implique que l'individu réalise les impacts négatifs d'un comportement sur sa santé, ainsi que les impacts positifs qu'il peut entraîner sur son environnement social et physique. Durant cette activité, les participantes sont amenées à réfléchir aux conséquences positives et négatives que peut avoir l'acceptation de leur statut sérologique en fonction de leurs divers rôles sociosexuels.

Prochaska, Redding et Evers (2008) mentionnent qu'un individu est influencé par les bénéfices et les conséquences d'un changement dans l'adoption d'un nouveau comportement. Cette tendance à peser les pour et les contre est appelée balance décisionnelle (*decisional balance*). Dans le programme, les participantes sont amenées à faire leur propre balance décisionnelle sur le (non) dévoilement.

Dans l'ouvrage de Bartholomew *et al.* (2011), le concept de soulagement dramatique (*dramatic relief*) de l'approche transthéorique a inspiré une partie de l'activité sur la trajectoire de vie (rencontre 5). Ce concept consiste à encourager une expérience émotionnelle en réduisant les affects négatifs ou à anticiper de nouveau cette situation, mais en misant cette fois sur des actions appropriées ou positives. Lors de la trajectoire de vie, les participantes étaient amenées à partager les expériences ayant

suivi l'annonce de leur statut sérologique, en focalisant sur les stratégies qu'elles avaient utilisées pour se sentir mieux et surmonter leurs difficultés.

Pour amener un changement, Prochaska, Redding et Evers (2008) mentionnent qu'il importe que l'individu ait suffisamment d'informations et de conseils sur le comportement. En ce sens, l'activité « tout ce que je veux savoir du VIH » a été ajoutée au programme québécois. Il s'agit d'une période de questions informelles prévues pour que les participantes puissent poser des questions sur la santé sexuelle et reproductive ou le VIH en fonction de leurs progrès personnels et de leurs propres interrogations. Les réponses ont été personnalisées selon le groupe participant à la rencontre. Suivant le même principe, une liste de ressources a été donnée aux participantes lors de la rencontre 7.

5.1.3.2. Méthodes théoriques pour des changements d'ordre environnemental

Les théories sur les réseaux sociaux et le soutien social (*Theories of Social Networks and Social Support*) de Heaney et Israel (2008) ont guidé la réalisation de différentes activités. En fait, il importait que le programme, dans son ensemble, permette aux participantes de développer des liens entre elles, afin qu'elles se soutiennent et s'entraident. De plus, Spirig (1998) a démontré par une recension des écrits que les groupes de soutien auprès des personnes vivant avec le VIH s'avèrent généralement une formule efficace pour répondre aux besoins de ces personnes, d'où l'importance d'encourager les FVVIH à s'entraider. La formule d'un petit groupe fermé de quatre à huit femmes contribue à une meilleure dynamique de groupe, tout comme la grande place accordée aux discussions et activités de groupe.

Selon Heaney et Israel (2008), le soutien social est une des fonctions importantes aux relations sociales. Trois caractéristiques sont alors importantes, soit la réciprocité,

l'intensité ou la force de la relation et la complexité, dans le sens où la relation sociale présente plusieurs fonctions. La création d'un bâton de la parole (rencontre 2) et la fabrication d'un objet permettant de célébrer la féminité (rencontre 9) ont offert l'occasion aux participantes de travailler en équipe sur un projet et d'apporter chacune leur touche personnelle. Le bâton contribue à assurer une meilleure cohésion et respect du tour de parole. Le jeu de la toile (rencontre 9) augmente le soutien entre les femmes, puisque celles-ci doivent mentionner les forces et qualités de leurs collègues. L'activité une pensée pour soi et les autres femmes (rencontre 9) consolide les liens entre ces dernières, puisqu'elles sont invitées à écrire un mot d'encouragement aux futures participantes du programme.

Il apparaît que les quatre modèles théoriques sur lesquels s'appuient les applications pratiques constituent pour le programme adapté au Québec de nouveaux éléments fondamentaux, puisque ces théories permettent de répondre efficacement aux objectifs en fonction des déterminants ciblés. Les applications pratiques représentent quant à elles des caractéristiques clés, qui doivent être adaptées à la population cible.

Tableau 5.3

Ancrage entre les objectifs, les applications pratiques et les méthodes théoriques

Rencontre	Activités, objectifs de la matrice et méthodes théoriques s'y rattachant
Rencontre 1 L'accueil	Activité 1 La trousse de la féminité * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C1a, C1b et PN1a * Using imagery (Theories of Information Processing), (Steen, 2007) * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i> , 2009)
Rencontre 2 Femme, unique et plurielle	Activité 1 Élection d'une responsable de groupe et bâton de la parole * Objectif de la matrice (tableau 6) : SSa * Developing new social network linkages (Theories of Social Networks and Social Support), (Heaney et Israel, 2008) Activité 2 La mosaïque de mes rôles * Objectif de la matrice (tableau 6) : AV1a et PN1a * Chunking (Theories of Information Processing), (Smith, 2008) Activité 1 Discussion sur ce qu'est la sexualité * Objectif de la matrice (tableau 6) : C2a * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i> , 2009)

Rencontre	Activités, objectifs de la matrice et méthodes théoriques s'y rattachant
Rencontre 3 Être bien dans sa tête et dans sa peau	<p>Activité 1 Imagerie mentale sur un moment de bien-être</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C2b, C2c, C3a et Av2a * Improving physical and emotional states (Social Cognitive Theory), (McAlister, Perry et Parcel, 2008) <p>Activité 2 Ma mosaïque pour faire le lien entre nos divers rôles et notre bien-être affectif et sexuel</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : EPH3a et P3a * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) * Chunking (Theories of Information Processing), (Smith, 2008)
Rencontre 4 Le cycle de la féminité	<p>Activité 1 Tout ce que je veux savoir sur le VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectif de la matrice (tableau 6) : C4a * (Trans-Theoretical Model), (Prochaska, Redding et Evers, 2008) <p>Activité 2 Jeu questionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C4a et AD4a. * Elaboration (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) <p>Activité 3 Discussion sur l'utilisation du condom ou de la digue dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : NM4a, NM4b, EPH4b et PNS4a. * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) <p>Activité 3 Persuasion de l'utilisation du condom ou de la digue dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C4b et EPH4a * Self-efficacy (Social Cognitive Theory), (McAlister, Perry et Parcel, 2008)
Rencontre 5 Être femme au-delà du VIH	<p>Activité 1 Ma trajectoire de vie et Activité 2 Plénière</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C5a, C6a, AV5a et EPH5a * Dramatic relief (Trans-Theoretical Model), (Prochaska <i>et al.</i>, 2008) * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) * Modeling (Social Cognitive Theory), (McAlister, Perry et Parcel, 2008) <p>Activité 3 L'acceptation du VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C6b, EPH6a et AV6a * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) <p>Activité 4 Bilan de l'impact de l'acceptation de mon VIH sur mon bien-être</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectif de la matrice (tableau 6) : NM6a * Environmental reevaluation (Trans-Theoretical Model), (Prochaska <i>et al.</i>, 2008). <p>Activité 5 Technique d'impact pour identifier la trajectoire d'acceptation</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectif de la matrice (tableau 6) : P6a * Using imagery (Theories of Information Processing), (Steen, 2007)

Rencontre	Activités, objectifs de la matrice et méthodes théoriques s'y rattachant
Rencontre 6 Dévoiler mon statut séropositif au VIH ?	Activité 1 Discussion des pour et des contre à dévoiler * Objectif de la matrice (tableau 6) : C7a * Consciousness raising (Trans-Theoretical Model), (Prochaska <i>et al.</i> , 2008) Activité 2 Témoignage sur le plan d'action * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C7a, C7b et EPH7a * Modeling (Social Cognitive Theory), (McAlister, Perry et Parcel, 2008) Activité 3 Place à celles qui n'ont pas dévoilé * Objectif de la matrice (tableau 6) : NM7a * Trans-Theoretical Model, (Prochaska <i>et al.</i> , 2008) Activité 4 Échange de conseils * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C7b, EPH7a et EPH7b * Modeling (Social Cognitive Theory), (McAlister, Perry et Parcel, 2008) Activité 5 La carte à deux facettes * Objectif de la matrice (tableau 6) : C7a * Trans-Theoretical Model, (Prochaska <i>et al.</i> , 2008)
Rencontre 7 J'apprends à mieux communiquer	Activité 1 Introspection * Objectif de la matrice (tableau 6) : C8a Activité 2 Technique d'impact * Objectif de la matrice (tableau 6) : AV8a * Using imagery (theories of Information Processing), (Steen, 2007) Activité 3 Stratégies pour une bonne communication * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C8b, C8c, EPH8b et EPH8c * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i> , 2009) * Self-Efficacy (Social Cognitive Theory), (McAlister, Perry et Parcel, 2008) Activité 4 La vie à deux * Objectif de la matrice (tableau 6) : AV9a * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i> , 2009) Activité 5 Liste de ressources * Objectif de la matrice (tableau 6) : AD9a * Trans-Theoretical Model, (Prochaska <i>et al.</i> , 2008)

Rencontre	Activités, objectifs de la matrice et méthodes théoriques s'y rattachant
Rencontre 8 Je veux être satisfaite de ma sexualité	<p>Activité 1 Discussion sur la sexualité</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C6a et C9b * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) <p>Activité 2 Objets de la trousse de la féminité</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C9c, AV9b, C10c et PNS9a * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) * Using imagery (theories of Information Processing), (Steen, 2007) <p>Activité 3 Zones érogènes de la femme et de l'homme</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectif de la matrice (tableau 6) : C9d * Using imagery (Theories of Information Processing), (Steen, 2007) <p>Activité 4 Scénarios sexuels</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : AV9b, C9e, C5a, EPH9c et AV9c * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) <p>Activité 5 Obstacles à une relation sexuelle satisfaisante et sécuritaire</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : EPH4c et C4c * Guided practice (Social Cognitive Theory), (McAlister, Perry et Parcel, 2008)
Rencontre 9 J'apprécie ma féminité et mes identités comme femme	<p>Activité 1 Discussion sur la féminité et l'estime de soi</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : C10a, C10b, EPH10a et EPH10b * Discussion (Theories of Information Processing), (Petty <i>et al.</i>, 2009) <p>Activité 2 Jeu de la toile</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectif de la matrice (tableau 6) : NM10a * Verbal persuasion/exhortation (Social Cognitive Theory), (McAlister, Perry et Parcel, 2008) * Developing new social network linkages (Theories of Social Networks and Social Support), (Heaney et Israel, 2008) <p>Activité 3 Fabrication d'un objet permettant de célébrer la féminité</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectif de la matrice (tableau 6) : SSa * Developing new social network linkages (Theories of Social Networks and Social Support), (Heaney et Israel, 2008) <p>Activité 4 Une pensée pour soi et les autres femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> * Objectifs de la matrice (tableau 6) : SSa, SSb * Self-reevaluation (Trans-Theoretical Model), (Prochaska <i>et al.</i>, 2008). * Developing new social network linkages (Theories of Social Networks and Social Support), (Heaney et Israel, 2008)

5.1.4. Étape 4 Production du programme, ses composantes et la diffusion de celui-ci

À cette étape, ce sont les caractéristiques clés du programme qui ont été travaillées. Les stratégies présentées dans l'article de Kreuter *et al.* (2003) ont aidé à l'adaptation du programme, de même qu'à la réalisation de ses composantes et à sa diffusion.

Pour assurer la concordance entre la nouvelle population cible et le matériel du programme (illustration, titre, photos, etc.), différentes stratégies périphériques ont été utilisées. Par exemple, des membres du comité consultatif ont mentionné que les FVVIH plus âgées ne se seraient pas reconnues dans un programme sur la « santé reproductive » et que d'autres auraient trouvé menaçant le terme « santé sexuelle ». Conséquemment, lors du recrutement des participantes, au lieu de dire qu'il s'agit d'un programme de santé sexuelle et reproductive, le terme « bien-être affectif et sexuel » a plutôt été utilisé. L'expression bien-être affectif et sexuel apparaissait plus englobante et susceptible de les intéresser. Cette stratégie a aussi été utilisée pour concevoir le dépliant explicatif du projet (appendice C). Le titre de la rencontre sur la santé reproductive a aussi été changé pour « le cycle de la féminité » qui apparaissait moins restreint à la reproduction.

Considérant que beaucoup de FVVIH au Québec utilisent quotidiennement une trousse pour se maquiller ou un sac à main pour sortir, au lieu de parler du panier de la féminité dans la première rencontre, le terme « trousse de la féminité » a été utilisé. Une autre stratégie périphérique utilisée a été de modifier l'image de la mosaïque pour que soient illustrées des femmes d'origine québécoise, haïtienne et africaine. Dans la deuxième rencontre, le titre de l'activité « élection d'une responsable de groupe » a été adapté pour que les FVVIH québécoises se sentent interpellées, étant donné qu'au Mali l'activité s'intitulait « élection d'une chef de village ». La

conception d'un chef de village était inappropriée, puisque l'implantation du programme a eu lieu dans une ville où les habitants sont plutôt individualistes.

Pour favoriser la participation, comme le suggèrent Kreuter *et al.* (2003), il importait que les femmes puissent reconnaître leurs expériences dans le programme et qu'elles soient impliquées dans la recherche. Ainsi, une FVVIH était impliquée sur le comité consultatif. De plus, beaucoup de place à la discussion et aux témoignages des participantes a été accordée dans le choix des activités et un jeu de rôle a été adapté à leur réalité lors de la rencontre sur la communication.

Lors du comité consultatif, il avait été mentionné que plusieurs FVVIH au Québec étaient originaires d'un autre pays ou encore avaient un faible niveau de scolarisation. Ces deux facteurs influencent la compréhension que les participantes peuvent avoir du contenu du programme, qui se doit d'être accessible. Comme stratégie linguistique, une attention particulière a donc, été portée sur le vocabulaire utilisé dans le programme, afin que les FVVIH au Québec soient en mesure de bien comprendre le contenu.

Des stratégies probantes ont été utilisées, afin que les FVVIH se sentent concernées par la problématique abordée. Dans cette perspective, les membres du comité consultatif ont contribué par leur expertise et leur expérience terrain à ce que le contenu concorde avec la réalité de la population cible. D'ailleurs, la FVVIH qui faisait partie du comité vit avec le VIH depuis plus de dix ans et est impliquée activement dans la communauté VIH. La recension des écrits a aussi contribué à répondre à cette stratégie. En discutant avec le comité consultatif, il devenait nécessaire d'ajouter lors de la rencontre six, certaines questions d'animation sur la question du (non) dévoilement fait aux enfants. Étant donné que plusieurs FVVIH au Québec sont célibataires, l'activité « la vie à deux » a aussi été ajoutée au programme

québécois, pour que ces dernières reconnaissent leur capacité à rencontrer un(e) partenaire indépendamment de leur statut sérologique.

Afin que le programme corresponde davantage aux caractéristiques culturelles des FVVIH résidant au Québec, différentes stratégies socioculturelles ont été employées. Entre autres, des feuilles-support ont été créées pour accompagner certains contenus ou pour aider les FVVIH à mettre leurs réflexions par écrit. Les FVVIH au Québec sont généralement plus habituées à travailler avec du matériel didactique écrit, que celles du Mali. Toutefois, il a été pris en considération que le portrait des FVVIH du Québec est constitué de plusieurs femmes originaires d'un autre pays. De plus, les objets de la trousse de la féminité ont été modifiés pour qu'ils correspondent à ceux qu'une FVVIH au Québec pourrait utiliser ou concordent davantage avec leurs valeurs. Lors de la deuxième rencontre, l'activité sur la fabrication d'encens dans le programme malien a été enlevée et remplacée par l'activité « le bâton de la parole », puisqu'au Québec l'encens n'a pas la même connotation culturelle qu'au Mali. L'activité du défilé (rencontre 9) a été remplacée par la fabrication d'un objet célébrant la féminité et par l'activité « une pensée pour soi et les autres femmes ».

Un des plus grands changements apportés au programme québécois s'explique principalement par le contexte d'implantation qui est différent au Québec du Mali. Ainsi, le comité consultatif a mentionné dès la première rencontre qu'il était impératif de diminuer le nombre de rencontres. Le programme *La femme dans tous ses états* a alors été réorganisé en neuf rencontres plutôt que onze. Selon les membres, onze rencontres étaient beaucoup trop complexes à implanter dans les organismes communautaires offrant des services pour les FVVIH. Au Québec, les FVVIH sont souvent réticentes à s'embarquer dans un projet comportant plusieurs rencontres, étant donné qu'elles doivent s'occuper de leurs enfants à temps plein et qu'elles ont souvent des rendez-vous médicaux ou d'autres empêchements dus à un état de santé fragile. De ce fait, les activités comprises dans les trois premières rencontres du

programme malien ont été réparties différemment dans la version québécoise. L'ordre de certaines thématiques a aussi été modifié pour correspondre à l'ordre établi préalablement dans la matrice. La rencontre cinq du programme québécois est une combinaison de la rencontre trois et quatre du programme malien. Les membres du comité consultatif trouvaient que certaines activités étaient redondantes et qu'il était préférable d'avoir une plus petite quantité d'activités, mais qui couvrent davantage d'objectifs. Par exemple, dans le programme malien, il était prévu d'inviter une FVVIH qui viendrait témoigner de son cheminement de vie. Toutefois, le comité consultatif trouvait que la rencontre sur la trajectoire de vie offrait déjà plusieurs modèles aux participantes. De plus, lors de la septième rencontre, l'activité « stratégies pour une bonne communication » a été modifiée pour inclure des objectifs qui étaient abordés dans une rencontre qui a été supprimée. Celle-ci portait sur l'art de persuader son mari/conjoint. Le tableau 5.4 expose le canevas du programme adapté.

Tableau 5.4
Canevas du programme québécois *La femme dans tous ses états*

Objectif comportemental : Au terme de ce programme, les femmes seront en mesure de mobiliser leurs ressources personnelles et les ressources disponibles dans leur environnement de manière à améliorer leur bien-être affectif et sexuel.		
Rencontres	Principaux objectifs des rencontres	Activités
	À la fin de la rencontre, les participantes seront en mesure de...	L'atteinte de l'objectif est assurée par...
Rencontre 1 L'accueil	<ul style="list-style-type: none"> * Clarifier les objectifs du programme. * Signifier leur engagement à participer au programme. * Faire un bilan de leur situation personnelle. * Se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels 	<ul style="list-style-type: none"> * Accueil * Intérêt à une rencontre facultative avec leur partenaire * Formulaire de consentement et questionnaire pré-programme * Règle de fonctionnement * La trousse de la féminité

Rencontres	Principaux objectifs des rencontres	Activités
Rencontre 2 Femme, unique et plurielle	<ul style="list-style-type: none"> * Se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Élection d'une responsable de groupe et bâton de la parole * Activité 2 La mosaïque de mes rôles * Activité 3 Discussion sur ce qu'est la sexualité
Rencontre 3 Être bien dans sa tête et dans sa peau	<ul style="list-style-type: none"> * Clarifier leur sentiment de bien-être affectif et sexuel. * Établir les liens entre leurs propres rôles sociosexuels et leur sentiment de bien-être affectif et sexuel. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Imagerie mentale sur un moment de bien-être * Activité 2 Ma mosaïque pour faire le lien entre nos divers rôles et notre bien-être affectif et sexuel * Préparation pour la rencontre 4
Rencontre 4 Le cycle de la féminité	<ul style="list-style-type: none"> * Adopter des comportements sexuels sains pour leur santé reproductive. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Tout ce que je veux savoir sur le VIH * Activité 2 Jeu questionnaire * Activité 3 Discussion sur l'utilisation du condom ou de la digue dentaire * Activité 4 Persuasion de l'utilisation du condom ou de la digue dentaire
Rencontre 5 Être femme au-delà du VIH	<ul style="list-style-type: none"> * Évaluer dans quelle mesure le VIH est venu moduler leurs identités comme femme et comme être sexué. * Prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Ma trajectoire de vie * Activité 2 Plénière * Activité 3 L'acceptation du VIH * Activité 4 Bilan de l'impact de l'acceptation de mon VIH (...) * Activité 5 Technique d'impact du dollar
Rencontre 6 Dévoiler mon statut séropositif au VIH?	<ul style="list-style-type: none"> * Reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au dévoilement ou au non dévoilement de leur statut séropositif au VIH avec leur partenaire ou leur enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Discussion des pour et des contre à dévoiler * Activité 2 Témoignage sur le plan d'action * Activité 3 Place à celles qui n'ont pas dévoilé * Activité 4 Échange de conseils * Activité 5 La carte à deux facettes * Synthèse

Rencontres	Principaux objectifs des rencontres	Activités
Rencontre 7 J'apprends à mieux communiquer	<ul style="list-style-type: none"> * Identifier des stratégies de communication pour répondre à leurs besoins affectifs et sexuels. * Reconnaître leur capacité à rencontrer un(e) partenaire indépendamment de leur statut séropositif au VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Introspection * Activité 2 Technique d'impact * Activité 3 Stratégies pour une bonne communication * Activité 4 La vie à deux * Activité 5 Liste de ressources
Rencontre 8 Je veux être satisfaite de ma sexualité	<ul style="list-style-type: none"> * Appliquer des moyens contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Discussion sur la sexualité * Activité 2 Objets de la trousse de la féminité * Activité 3 Zones érogènes de la femme et de l'homme * Activité 4 Scénarios sexuels * Activité 5 Obstacles à une relation sexuelle satisfaisante et sécuritaire * Synthèse * Préparation pour la prochaine rencontre
Rencontre 9 J'apprécie ma féminité et mes identités comme femme	<ul style="list-style-type: none"> * Adopter des stratégies pour s'apprécier dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué. 	<ul style="list-style-type: none"> * Activité 1 Discussion sur la féminité et l'estime de soi * Activité 2 Jeu de la toile * Activité 3 Fabrication d'un objet permettant de célébrer la féminité * Activité 4 Une pensée pour soi et les autres femmes

En somme, le canevas et les précédents résultats permettent de constater que les éléments fondamentaux du programme ont été conservés. Dans cette perspective, les déterminants personnels et externes, ainsi que les objectifs de performance essentiels pour atteindre l'objectif comportemental du programme ont été conservés. De plus, le programme conserve une vision holistique de la sexualité et couvrent la plupart des composantes de la sexualité exprimées dans le modèle de santé sexuelle de Robinson *et al.* (2002). Un fil conducteur entre les différentes rencontres a aussi été gardé. Ainsi, la formule des rencontres demeure identique, chacune commençant par une introduction, suivie de quelques activités et d'une conclusion. L'ordre des thématiques, bien que modifié, suit une logique, puisque certains objectifs ne peuvent être réalisés si le lien de confiance entre les participantes n'a pas été établi, de même

que certains contenus qui sont préalables à d'autres. La trousse de la féminité qui revient à deux reprises et l'exploration des diverses identités d'une FVVIH créent aussi un lien entre les différentes rencontres et les thématiques. Qui plus est, les caractéristiques clés du programme ont été travaillées à l'aide des stratégies de Kreuter *et al.* (2003).

5.2. Deuxième volet : l'implantation et l'évaluation du programme

Tel qu'annoncé précédemment, la prochaine section est spécifique aux résultats qui ont été recueillis lors de l'implantation du programme et son évaluation. Selon le modèle de l'intervention ciblée de Bartholomew *et al.* (2011), ce deuxième volet concorde avec les étapes cinq et six qui sont respectivement « la planification de l'adoption du programme, son implantation et sa durabilité » et « la planification de l'évaluation ». Les différentes notions présentées dans l'intervention ciblée ont contribué à mener ces étapes, sans toutefois les guider entièrement.

5.2.1 Descriptions des participantes

Les dix-sept FVVIH recrutées pour participer au programme *La femme dans tous ses états*, ont répondu au questionnaire pré-programme, alors que dix ont répondu au questionnaire d'appréciation. Le nombre de participantes ayant répondu au questionnaire d'appréciation est moins élevé considérant que celui-ci a été donné lors de la dernière rencontre du programme. Par conséquent, quelques participantes s'étaient retirées du programme ou étaient absentes lors de cette rencontre. Le profil sociodémographique est présenté pour l'échantillon total.

5.2.1.1. Profil sociodémographique des participantes

Tel qu'indiqué au tableau 5.5, parmi ces participantes, 47,1 % sont nées en Afrique, 23,5 % à Haïti et 23,5 % au Québec. Un peu plus du tiers des femmes nées dans un autre pays que le Canada résident au Québec depuis moins de quatre ans. La plupart sont âgées de 41 ans et plus (70,6 %), comparativement à 11,8 % qui ont entre 18 et 30 ans et 17,6 % entre 31 et 40 ans. Plus de la moitié des participantes (66,7 %) ont répondu qu'elles étaient hétérosexuelles. Les autres ont mentionné soit être bisexuelles, n'avoir aucune orientation sexuelle ou ont coché « autre » en omettant plus de précisions. La majorité a un revenu inférieur à 20 000\$, a comme plus haut niveau de scolarité des études secondaires ou moins et est sans emploi, bénévole ou femme au foyer. La grande majorité (87,5 %) est soit célibataire, veuve ou séparée. Toutes les participantes sont mères d'au moins un enfant, dont 46,7 % ont deux enfants.

Tableau 5.5
Profil sociodémographique des participantes

Variables	Échantillon total (n=17) n (%)
Lieu de naissance	
Afrique	8 (47,1)
Haïti	4 (23,5)
Canada	4 (23,5)
Salvador	1 (5,9)
Nombre d'années depuis l'arrivée au Canada	M (SD) : 9,33 (11,25)
Moins de 4 ans	6 (37,5)
Entre 5 et 9 ans	2 (12,5)
Entre 10 et 14 ans	2 (12,5)
Plus de 15 ans	2 (12,5)
Ne s'applique pas	4 (25)
Donnée manquante	1

Variables	Échantillon total (n=17) n (%)
Âge	
18-30 ans	2 (11,8)
31-40 ans	3 (17,6)
41-50 ans	6 (35,3)
50 ans et plus	6 (35,3)
Orientation sexuelle	
Hétérosexuelle	10 (66,7)
Homosexuelle	0 (0)
Bisexuelle	1 (6,7)
Autres	4 (26,6)
Donnée manquante	2
Revenu brut du ménage l'an dernier	
Moins de 10 000 \$	7 (43,8)
Entre 10 000 et 19 999 \$	8 (50,0)
Entre 20 000 et 29 999 \$	1 (6,2)
Donnée manquante	1
Plus haut niveau de scolarité	
Études primaires ou secondaires	13 (76,5)
Études collégiales ou universitaires	4 (23,5)
Occupation principale	
Travail à temps partiel	2 (11,8)
Sans emploi	6 (35,3)
Femme au foyer	4 (23,5)
Bénévole	2 (11,8)
Retraitée	1 (5,9)
Autre	2 (11,8)
État civil	
Célibataire/divorcée/séparée	14 (87,5)
En couple/union de fait/mariée	2 (12,5)
Donnée manquante	1
Avoir au moins un enfant	
Oui	17 (100)
Nombre d'enfant(s)	M (SD) : 2,40 (1,24)
1 enfant	3 (20,0)
2 enfants	7 (46,7)
3 enfants	3 (20,0)
5 enfants	2 (13,3)
Donnée manquante	2

Concernant les données spécifiques au fait de vivre avec le VIH (tableau 5.6), plus de la moitié (58,8 %) connaissent leur statut séropositif au VIH depuis plus de 10 ans et une grande majorité (94,1 %) suit un traitement antirétroviral. Le nombre d'années de prise des traitements antirétroviraux est très variable, dans le sens que certaines en prennent depuis moins de deux ans et d'autres depuis plus de 10 ans. La plupart se déclarent en bonne santé physique (70,6 %) et 47,1 % se disent en bonne santé psychologique. Pour les trois femmes qui sont en couple, l'une a mentionné que son partenaire était infecté, une autre ne le sait pas et la troisième a dit qu'il n'était pas infecté. Pour deux d'entre elles, leur partenaire est donc au courant de leur statut sérologique au VIH. Alors que 7 femmes n'ont pas répondu si leur enfant vivait avec le VIH, une participante a mentionné qu'un de ses enfants est séropositif au VIH.

Tableau 5.6
Vivre avec le VIH

Variables	Échantillon total (n=17) n (%)
Nombre d'années depuis le diagnostic	M (SD) : 10,03 (7,40)
9 ans et moins	7 (41,2)
Plus de 10 ans	10 (58,8)
Prise actuelle d'antirétroviraux	
Non	1 (5,9)
Oui	16 (94,1)
Nombre d'années sous traitements antirétroviraux	M (SD) : 6,27 (4,94)
Moins de 2 ans	5 (31,3)
Entre 3 et 10 ans	5 (31,3)
Entre 11 et 13 ans	5 (31,3)
Ne s'applique pas	1 (6,1)
Donnée manquante	1
État de santé (plan physique)	
Passable	2 (11,8)
Bon	12 (70,6)
Très bon	3 (17,6)

Variables	Échantillon total (n=17) n (%)
État de santé (plan psychologique)	
Mauvais	1 (5,9)
Passable	4 (23,5)
Bon	8 (47,1)
Très bon	4 (23,5)
Statut sérologique du partenaire	
Non	1 (33,3)
Oui	1 (33,3)
Je ne le sais pas	1 (33,3)
Ne s'applique pas	14
Statut sérologique au VIH connu par le partenaire	
Oui	2 (66,7)
Je ne le sais pas	1 (33,3)
Ne s'applique pas	14
Nombre d'enfant(s) qui a le VIH	M (SD) : 0,10 (0,32)
Aucun	9 (90)
1 enfant	1 (10)
Donnée manquante	7

La faible taille de l'échantillon ne permet pas d'avoir une puissance statistique suffisante pour établir s'il y a des différences significatives entre les trois sites d'implantation. Toutefois, certaines divergences semblent s'illustrer entre les trois sites. En ce sens, alors qu'aucune participante n'était en couple au site 1 et 2, 50 % des participantes du site 3 étaient en couple. Aucune FVVIH née au Québec n'était présente au site 1 et 2, alors qu'au site 2, 57,14 % des participantes étaient nées au Québec. D'après les données descriptives, les participantes du site 1 connaissent leur statut sérologique depuis moins longtemps et sont plus jeunes que celles des autres sites.

5.2.1.2. Portrait de la santé sexuelle et reproductive des participantes

Le questionnaire pré-programme a permis de recueillir des données sur la santé sexuelle et reproductive des participantes.

Le tableau 5.7 illustre le score moyen pour chacun des 11 concepts multidimensionnels de la sexualité établis par Snell (1995). Pour chacun des énoncés, les participantes devaient évaluer sur une échelle de 1 à 6, à quel niveau celui-ci correspondait le mieux à leur réalité. Plus le score était élevé et plus les participantes se reconnaissaient dans ce concept.

En moyenne, les scores obtenus démontrent que les participantes semblent modérément satisfaites de leur sexualité ($M=3,4$; $E.T.= 1,86$). Elles croient très peu que les aspects sexuels de leur vie sont contrôlés par les autres ($M=2,3$; $E.T.= 1,39$), croyant plutôt que ces aspects sont déterminés par leur propre contrôle ($M=4,4$; $E.T.= 1,40$). Les participantes considèrent modérément être affirmatives dans leur sexualité ($M= 3,8$; $E.T.=0,97$) et ont moyennement l'espoir que les aspects sexuels de leur vie s'améliorent dans le futur ($M= 3,8$; $E.T.=1,11$). Elles se sentent, passablement, en possession des habiletés nécessaires pour gérer efficacement leur propre sexualité ($M= 3,9$; $E.T.= 1,68$) et les problèmes sexuels qui surviendraient dans leur vie ($M=4,2$; $E.T.= 1,10$). La tendance à réfléchir à leur propre sexualité ($M=4,2$; $E.T.= 1,37$), tout comme la capacité à s'engager dans des comportements sexuels sains et à avoir une expérience sexuelle plaisante et satisfaisante ($M=4,2$; $E.T.= 1,71$) les représentent assez bien. D'ailleurs, le score moyen laisse entrevoir qu'elles considèrent avoir amplement les habiletés pour se prémunir des problèmes sexuels ($M=5,0$; $E.T.=1,31$). En outre, elles se reconnaissent beaucoup dans la motivation à éviter les comportements sexuels à risque ($M=5,1$; $E.T.= 1,35$).

Tableau 5.7
Score obtenu au *Multidimensional Sexual Self-Concept*

Indicateurs	n = 16 Moyenne (E.T.)
Satisfaction sexuelle	3,4 (1,86)
Croyance que les aspects sexuels de sa vie sont contrôlés par les autres	2,3 (1,39)
Croyance que les aspects sexuels de sa vie sont déterminés par soi-même	4,4 (1,40)
Affirmation sexuelle	3,8 (0,97)
Optimiste à l'égard des aspects sexuels de sa vie	3,8 (1,11)
Sentiment d'efficacité personnelle sur les aspects sexuels de sa vie	3,9 (1,68)
Gestion des problèmes sexuels	4,2 (1,10)
Conscience sexuelle	4,2 (1,37)
Estime sexuelle	4,2 (1,71)
Prévention des problèmes sexuels	5,0 (1,31)
Motivation à éviter les comportements sexuels à risque	5,1 (1,35)

Sur une échelle de 1 à 6 : (1) « ne me ressemble pas du tout »/ (6) « me ressemble totalement ».

Le questionnaire sur l'estime de soi de Vallières et Vallerand (1990) évalue l'estime de soi des participantes en fonction de leurs rôles sociosexuels. D'après les auteurs du questionnaire original, l'estime de soi réfère à l'acceptation, la tolérance, le respect et la satisfaction personnelle à l'égard de soi (Rosenberg, 1985). Tel qu'indiqué dans le tableau 5.8, tous les énoncés obtiennent un score moyen se situant entre 15,3 et 17, ce qui dénote une forte similitude entre son sentiment d'estime à l'égard de ses différents rôles sociosexuels. Toutefois, c'est en tant que femme vivant avec le VIH que les participantes déprécient le plus leur valeur et se respectent le moins ($M=15,3$; $E.T.=3,96$). Alors que c'est en tant qu'amante, amoureuse ou conjointe qu'elles se sentent le plus utiles et satisfaites d'elles-mêmes ($M=17,0$; $E.T.=3,50$). En moyenne, les participantes ont plutôt une estime d'elles-mêmes modérée à l'égard de leur rôle de femme au foyer ou mère ($M=15,9$; $E.T.=4,02$), tandis qu'elles se sentent un peu

plus utiles et sont davantage satisfaites d'elles-mêmes dans leur rôle de citoyenne ou professionnelle ($M=16,8$; $E.T.=3,23$).

Tableau 5.8
Score sur l'estime de soi en fonction des différents rôles sociosexuels

Indicateurs	n=16 Somme total (E.T.)
Comme femme vivant avec le VIH	15,3 (3,96)
Comme femme responsable du foyer/mère	15,9 (4,02)
Comme femme citoyenne/professionnelle	16,8 (3,23)
Comme femme amante/amoureuse/épouse/conjointe	17,0 (3,50)

Sur une échelle de (4) estime très faible à (24) estime très élevée.

Les participantes rapportent un score sur l'échelle de communication plutôt négatif, dénotant que la communication sur la sexualité serait à améliorer ($M=9,5$, $E.T.=5,90$, sur une échelle variant de 3 à 18). Le score obtenu démontre donc qu'en moyenne, les participantes éprouvent de la difficulté à communiquer sur des questions d'ordre sexuel.

Le score des participantes au questionnaire sur la stigmatisation et le dévoilement démontre que celles-ci ont davantage tendance à garder leur statut sérologique secret et à être inquiètes de la stigmatisation qu'elles pourraient vivre si une personne apprenait leur statut sérologique ($M= 30,9$, $E.T.= 7,26$, sur une échelle de 7 à 42).

Le tableau 5.9 précise l'attitude des participantes envers le condom. Plus le score est élevé sur l'échelle de 6 points et plus l'attitude envers le condom est positive. Ainsi, les participantes semblent, en moyenne, moins embarrassées de négocier et utiliser le condom ($M=4,2$; $E.T.=1,13$), que de s'en procurer ($M=3,9$; $E.T.= 1,41$). Les résultats laissent également présager que les participantes jugent que les condoms gâchent modérément le plaisir et interrompent les préliminaires ($M=3,9$; $E.T.=0,97$).

Tableau 5.9
Score obtenu au *Multidimensional Condom Attitudes*

Indicateurs	n=16 Moyenne (E.T.)
Plaisir associé au condom	3,9 (0,97)
Embarras à acheter des condoms	3,9 (1,41)
Embarras à négocier et utiliser le condom	4,2 (1,13)

Sur une échelle de 1 à 6 : (1) totalement en désaccord/ (6) totalement en accord

5.2.2. Degré d'écart entre le déroulement prévu et celui réalisé

5.2.2.1. Degré d'implantation des rencontres

Le tableau 5.10 permet de constater un degré d'implantation élevé pour deux sites sur trois. Ainsi, pour le site 1 et 2, le degré d'implantation du programme est de neuf rencontres sur neuf, ce qui donne un degré d'implantation de 100 %, alors qu'au site 3, seulement les quatre premières rencontres sur les neuf ont été données, ce qui donne un degré d'implantation de 44,4 %, ce qui est insatisfaisant pour ce site.

Tel qu'expliqué dans la méthodologie, pour obtenir le degré d'implantation des rencontres, la moyenne du score obtenu pour l'ensemble des activités réalisées dans chacune des neuf rencontres du programme a été calculée et ensuite convertie en pourcentage. Le pourcentage indique donc le degré d'écart entre le déroulement prévu et celui réalisé. Au site 3, 36,3 % des rencontres prévues ont été réalisées, comparativement au site 2 qui a un degré d'implantation de 95 % et au site 1 qui a un degré d'implantation de 96,5 %. Le degré d'implantation pour ces deux derniers milieux est très élevé.

D'après les données recueillies dans le journal personnel de la chercheuse, qui a joué aussi le rôle de l'animatrice, certaines hypothèses ont été avancées pour expliquer l'abandon des participantes et l'échec de l'implantation du programme au site 3. Dans cet organisme, le recrutement s'est déroulé trop rapidement et uniquement quatre FVVIH ont été rejointes. Parmi ces dernières, une a été hospitalisée et n'a pu participer à plus d'une rencontre, une autre éprouvait un malaise envers la sexualité, une troisième avait des difficultés à concilier son horaire professionnel avec celui des rencontres du programme et finalement, une quatrième n'était pas intéressée à participer à des rencontres lorsque peu de participantes étaient présentes.

Indépendamment du milieu d'implantation, les rencontres ayant un plus haut degré d'implantation sont la première, troisième et sixième rencontre (100 %), alors que les cinquième et neuvième rencontres ont un degré d'implantation moins élevé, respectivement de 89,6 % et 90,5 %. L'une des explications mentionnées dans les journaux de bord du site 1 et 2 concerne le trop grand nombre d'activités pour la durée de chacune de ces rencontres.

Tableau 5.10
Degré d'implantation par rencontre selon les trois milieux d'implantation

	Site 1	Site 2	Site 3	Total
R1	100 %	100 %	100 %	100 %
R2	94,4 %	100 %	94,4 %	96,3 %
R3	100 %	100 %	100 %	100 %
R4	100 %	100 %	95,2 %	98,4 %
R5	95,8 %	83,3 %		89,6 %
R6	100 %	100 %		100 %
R7	95,8 %	95,8 %		95,8 %
R8	93,3 %	90 %		91,7 %
R9	90,5 %	90,5 %		90,5 %
Score moyen	96,5 %	95 %	36,3 %	76 %
Total	100 %	100 %	44,4 %	

5.2.2.2. Degré d'implantation par activité

Le tableau 5.11 précise le degré d'implantation par activité pour l'ensemble des trois milieux. L'animatrice et les coanimatrices avaient à noter dans leur journal de bord dans quelle mesure chacune des activités avait été complétée tel que prévu sur une échelle de 1 (pas du tout) à 3 (totalement). Une moyenne des scores obtenus pour les trois milieux par activités a ensuite été calculée. Les scores ont par la suite été convertis en pourcentage. Les critères établis ont ensuite contribué à interpréter les résultats.

Les résultats indiquent que le degré d'implantation des 33 activités du programme est excellent, puisqu'il se situe à 94,3 %. En outre, 25 activités ont un degré d'implantation de 100 %, ce qui signifie qu'elles se sont déroulées exactement comme il était prévu dans le programme.

L'activité « tout ce que je veux savoir sur le VIH », de la quatrième rencontre, a été réalisée à 77,8 %. Dans le programme, l'activité consistait à répondre aux questions des participantes sur le VIH/sida et à leur distribuer des dépliants sur d'autres ressources au besoin. Toutefois, étant donné que les participantes n'avaient pas beaucoup de questions sur le VIH, l'animatrice et les coanimatrices ont alors décidé de poursuivre avec les autres activités, tout en précisant aux participantes de poser des questions quand elles en ressentiraient le besoin.

Toutes les activités de la cinquième rencontre sauf une seule, ont été réalisées à 83,3 %. Durant cette rencontre, les participantes étaient amenées à partager leur parcours de vie depuis l'annonce de leur diagnostic séropositif au VIH. D'après les informations fournies dans les journaux de bord, le temps pour que chacune puisse s'exprimer durant la première activité (trajectoire de vie) a été priorisé, au détriment

du temps accordé pour les activités suivantes (plénière, acceptation du VIH, bilan de l'impact et technique d'impact du dollar). Par exemple, dans l'un des sites, il est mentionné que le contenu de l'activité sur l'acceptation du VIH et celui de l'activité sur le bilan ont été expliqués pour que les femmes puissent remplir un exercice à la maison au lieu de le faire durant la rencontre. Il s'agissait d'indiquer, pour les participantes, à quelle étape d'acceptation du VIH elles se situent, les raisons justifiant ce choix et les stratégies qu'elles pourraient employer pour accepter leur statut séropositif au VIH. De plus, la plénière a été faite lors de la conclusion.

La liste de ressources, réalisée à la septième rencontre, est la deuxième activité avec le plus faible degré d'implantation. Uniquement 67,7 % de l'activité a été réalisée. En fait, dans les journaux de bord, il est expliqué qu'au lieu de couvrir la liste complète décrite dans le programme, uniquement celles qui répondaient aux besoins des participantes ont été mentionnées, et cela, à différents moments de la rencontre, plutôt que d'en faire une activité à part entière.

L'activité sur les « scénarios sexuels » de la huitième rencontre était difficile à implanter dans son intégralité considérant que, dans l'un des organismes, la majorité des participantes ont mentionné que le VIH les a amenées à se couper totalement de la sexualité. L'orientation des questions et du contenu devrait alors être repensée pour que toutes les participantes se reconnaissent dans cette activité.

L'activité « une pensée pour soi et les autres femmes », de la rencontre 9, a un degré d'implantation de 50 %. Les journaux de bord permettent de constater que dans l'un des milieux, celle-ci n'a pas été réalisée, puisqu'il ne restait plus aucun temps pour s'y consacrer.

Tableau 5.11
Degré d'implantation par activité

Activités	Degré d'implantation (trois milieux)	Activités	Degré d'implantation (trois milieux)
R1.1 Trousse	100 %	R6.4 Echange de conseils	100 %
R2.1 Mosaïque	100 %	R6.5 Carte à deux facettes	100 %
R2.2 Discussion	100 %	R7.1 Introspection	100 %
R3.1 Imagerie	100 %	R7.2 Technique d'impact	100 %
R3.2 Mosaïque	100 %	R7.3 Stratégies pour une...	100 %
R4.1 Tout ce que je...	77,8 %	R7.4 La vie à deux	100 %
R4.2 Jeu questionnaire	100 %	R7.5 Liste de ressources	66,7 %
R4.3 Discussion	100 %	R8.1 Discussion sur la...	100 %
R4.4 Persuasion	100 %	R8.2 Objets de la trousse	100 %
R5.1 Trajectoire de vie	83,3 %	R8.3 Zones érogènes	100 %
R5.2 Plénière	83,3 %	R8.4 Scénarios sexuels	83,3 %
R5.3 Acceptation du VIH	83,3 %	R8.5 Obstacles à une...	100 %
R5.4 Bilan de l'impact...	83,3 %	R9.1 Discussion sur la...	100 %
R5.5 Technique d'impact	100 %	R9.2 Jeu de la toile	100 %
R6.1 Discussion	100 %	R9.3 Fabrication d'un...	100 %
R6.2 Témoignage	100 %	R9.4 Une pensée pour soi...	50 %
R6.3 Place à celles qui...	100 %		
Total : 94,3 %			

En somme, les résultats démontrent qu'il y a peu d'écarts entre le déroulement du programme initialement prévu et celui implanté, autant en ce qui concerne le degré d'implantation par rencontre, que pour chacune des activités. Néanmoins, le degré d'implantation du site 3 diffère grandement des deux autres milieux, puisque moins de la moitié du programme a été donné.

Sur les 33 activités, seules trois ont un taux d'implantation inférieur à 80 %. Selon les données recueillies dans les journaux de bord, le manque de temps est le principal

facteur qui a nui à la réalisation de ces activités. Il y a aussi d'autres activités qui ont nécessité certains ajustements en fonction des caractéristiques et des besoins des participantes, comme c'est le cas pour les activités suivantes : « la liste de ressources », « tout ce que je veux savoir sur le VIH » et « les scénarios sexuels ».

5.2.2.3. Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation du programme

Bien que dans les sections précédentes, quelques facteurs contextuels ayant joué sur le degré d'implantation, somme toute très élevé, ont été abordés, les paragraphes suivants couvriront plus en profondeur ceux-ci. Tel que mentionné dans le cadre conceptuel, les facteurs contextuels ont été divisés en trois catégories, soit ceux qui se réfèrent au rôle de l'animatrice et des coanimatrices, ceux en lien avec le rôle des participantes et ceux qui concernent l'environnement. Malgré que la plupart des données proviennent des journaux de bord remplis par l'animatrice et les coanimatrices et des mémos d'analyse de la chercheuse, quelques données proviennent aussi des plénières évaluatives réalisées auprès des participantes et des résultats obtenus par le questionnaire d'appréciation. La prochaine section intègre les données de toutes ces sources (triangulation).

Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec le rôle de l'animatrice et des coanimatrices

Le tableau 5.12 démontre qu'il y a quatre principaux types de facteurs qui ont aidé à l'implantation du programme en lien avec le rôle de l'animatrice et des coanimatrices. Les résultats dans ce tableau proviennent uniquement des données collectées à l'aide des journaux de bord. Pour chacun des facteurs, il est indiqué entre parenthèses le

milieu d'implantation où l'information a été recueillie, ainsi qu'à quelle rencontre ce facteur a été observé.

D'une part, l'analyse des facteurs mentionnés dans les journaux de bord laisse percevoir qu'une bonne relation entre l'animatrice/coanimatrices et les participantes constitue un aspect favorable à l'implantation du programme. Le fait que les participantes se sentent à l'aise avec l'animatrice/coanimatrices et qu'il y ait un lien de confiance les unissant sont des aspects qui ont facilité l'implantation. Marie, une des participantes du site 1, a particulièrement abordé le sujet lors de la plénière évaluative, ainsi qu'une autre participante.

Ben oui, ben oui, elle [l'animatrice] était bien gentille. Elle est bien avec moi. Moi je l'aime bien. » « La façon dont [nom de l'animatrice] a fait ça, ça a aidé à devenir le fun » « parce que des fois, quand on fait une chose dure comme ça, il y a des fois qu'on peut fatiguer avec la personne quand elle parle, mais (rire) ça n'arrive pas avec [nom de l'animatrice]. [Marie, haïtienne, 41-50 ans – site 1].

Oui c'est comme si elle [l'animatrice] comprend bien les femmes. [Christina, haïtienne, 18-30 ans – site 1]

Les participantes ont aussi mentionné que le soutien de l'animatrice était important, et ce, même après les rencontres. La disponibilité de l'animatrice à offrir son soutien après les rencontres a été perçue par une participante, alors qu'une autre l'a moins perçu.

Un moment donné quelqu'un qui avait parlé, je pense que c'est la semaine passée, ça l'a été dur pis l'intervenante est arrivée, elle lui a dit : tu sais moi, je suis ici t'as juste à venir me voir quand ça va pas ou n'importe quoi (...). [Sylvie, québécoise, 51 ans et plus – site 2]

Peut-être qu'à ce moment-là, ça serait pertinent qu'il y ait une intervenante qui peut ramasser. [Mélanie, québécoise, 41-50 ans – site 2]

Peu importe le milieu d'implantation et la rencontre, une bonne maîtrise du programme et des compétences en animation sont des aspects qui sont ressortis dans les journaux de bord comme favorables au bon déroulement des rencontres. De plus, les scores obtenus par le questionnaire d'appréciation viennent corroborer ces résultats. Le score maximal pouvant être obtenu étant de 6 (totalement en accord). Les participantes considèrent que l'animatrice/coanimatrices ont bien répondu aux questions ($M=5,20$; $E.T.=0,79$), qu'elles favorisaient les échanges et les discussions ($M=5,20$; $E.T.=0,79$) et qu'elles étaient respectueuses envers elles ($M=5,50$; $E.T.=0,71$).

Par ailleurs, la co-animation a facilité l'implantation du programme, puisque les coanimatrices aidaient à l'animation en apportant leur soutien. Avoir des bénévoles aide aussi à briser la glace et à aborder des thématiques plus intimes durant les rencontres, selon l'animatrice.

À l'inverse, les principaux aspects relevés dans les journaux de bord qui ont nui à l'implantation du programme concernent la surcharge de travail des coanimatrices. En effet, dans deux milieux, celles-ci n'étaient pas en mesure de se libérer d'un autre engagement pour être présentes durant quelques rencontres. De plus, dans l'un des milieux, étant donné que la rencontre était le vendredi après-midi, l'animatrice et la coanimatrice ressentaient une plus grande fatigue.

Tableau 5.12

Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec le rôle de l'animatrice et des coanimatrices, tirés des journaux de bord

<i>Facteurs favorables en lien avec le rôle de l'animatrice et des coanimatrices</i>	<i>Facteurs défavorables en lien avec le rôle de l'animatrice et des coanimatrices</i>
<p><i>Bonne relation avec les participantes/milieu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les participantes connaissent déjà l'animatrice et se sentent à l'aise avec elle (S2 : 3x R2, R4, R9 : S1 : 1xR9) ▪ Lien de confiance (S2 : 1xR9 : S1 : 1xR9) ▪ L'animatrice connaissait déjà le milieu (S2 : 2x, R8, R9) ▪ Bonne relation avec les participantes et les animatrices (S1 : 1xR9) <p><i>Bonne maîtrise du programme</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne préparation (S2 : 4x, R1, R2, R3, R8 : S3 : 2x, R1, R3 : S1 : 3xR1, R2, R3) ▪ Aisance (contenu, thème) (S2 : 5x, R1, R5, R6, R7, R9 : S1 : 4x, R4, R6, R7, R9 : S3 : 1xR2) ▪ Connaissance du programme, thèmes, contenu (S2 : 7x, R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7 : S1 : 3xR1, R2, R3 : S3 : 2x, R3, R4) <p><i>Compétences et habiletés en animation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bonne capacité pour amener les participantes à participer et à se dévoiler (S2 : 1xR2 : S1 : 1xR8) ▪ Bonne capacité d'adaptation, car trop de contenu pour le temps qu'on dispose (S2 : 1x R5 : S1 : 1xR5) ▪ Intervenante d'expérience (S1 : 1xR8) ▪ Capacité de briser la glace en parlant de soi (S1 : 1xR8) <p><i>Bonne relation entre l'animatrice et la coanimatrice</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien de la part de la coanimatrice (S3 : 3xR1, R3, R4 : S1 : 5xR1, R4, R5, R6, R7 : S2 : 2xR4, R5) <p><i>Autres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bénévole aide à briser la glace sur certains aspects de la rencontre (S1 : 1xR7) 	<p><i>Contrainte relative aux caractéristiques des animatrices</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ralentir le débit de la voix pour favoriser la compréhension (S3 : 1x R3) ▪ Fatigue de la semaine (rencontre avait lieu le vendredi PM) (S3 : 1xR2) <p><i>Difficultés au niveau de la charge de travail</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de la co-animatrice durant une bonne partie de la rencontre (prioriser d'autres tâches demandées par la DG) (S2 : 1xR1) ▪ Absence de la co-animatrice (pas prévu : avoir appris le matin même) (S2 : 2x R3, R7) ▪ Changement de co-animatrice pour une rencontre (nécessite des ajustements) (S1 : 1xR3) ▪ Co-animatrice très occupée avant que la rencontre commence (S1 : 1xR2)
<p><i>Légende : S1 : site 1, S2 : site 2 et S3 : site 3. R : rencontres.</i></p>	

Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec le rôle des participantes

Le tableau 5.13 résume les facteurs qui ont facilité ou nui à l'implantation en lien avec le rôle et les caractéristiques des participantes. La majorité des informations dans le tableau sont tirées des journaux de bord, mais une petite quantité provient des mémos d'analyse de la chercheuse, qui était également l'animatrice pour les trois milieux d'implantation. Les mémos d'analyse sont les informations en caractère italique précédées d'un astérisque dans le tableau 5.13. Des données recueillies lors des plénières évaluatives et à partir du questionnaire d'appréciation ont été rajoutées aux paragraphes suivants, puisqu'elles contribuent à clarifier les autres résultats.

Concernant les caractéristiques des participantes, trois catégories de facteurs ayant facilité l'implantation ont été observées. D'abord, les participantes avaient une bonne attitude. Ces dernières étaient intéressées par le programme et ont fait part de leur appréciation à différents moments. Elles ont aussi participé activement. Entre autres, elles avaient une bonne écoute, faisaient preuve d'une belle franchise en s'ouvrant aux autres sur leur vécu et respectaient leur tour de parole. La composition du groupe a eu un impact positif, puisque dans l'un des milieux, en particulier, il a été mentionné que la dynamique était stimulante. En effet, les femmes se faisaient confiance et se soutenaient. En outre, les données obtenues au questionnaire d'appréciation, s'étendant sur une échelle de Likert de 6 points, démontrent que les participantes se sont sans équivoque senties respectées par leurs coéquipières ($M=5,60$; $E.T.=0,52$). Certaines participantes du site 1 et du site 2 ont mentionné que la composition d'un groupe de plusieurs FVVIH était intéressante, étant donné que chacune est unique et partage une culture qui lui est propre. Dans les notes personnelles de la chercheuse, il est d'ailleurs mentionné qu'une participante a dit qu'elle se sentait bien dans sa peau lorsqu'elle se retrouvait avec le groupe. La

confidentialité a également été respectée entre elles, comme le démontre un extrait de la plénière évaluative.

C'est ça, surtout si on sait que ça ne sortira pas d'ici. Pis faut vraiment pas que ça sorte d'ici, tu sais, aller raconter à l'extérieur, c'est conter ici pis ça reste ici. Ça l'a été respecté, si j'me trompe pas. [Micheline, québécoise, 51 ans et plus – site 2].

D'un autre côté, deux aspects majeurs ont nui à l'implantation du programme et ce, durant la plupart des rencontres des trois milieux. L'assiduité et l'engagement des FVVIH ont été problématiques à certains égards. Plusieurs participantes arrivaient en retard aux rencontres ou étaient absentes. Deux participantes ont soulevé ce problème durant la plénière évaluative, en mentionnant que les rencontres commençaient une trentaine de minutes plus tard que planifié. Dans un organisme, il était difficile de commencer à temps, considérant que certaines participantes avaient des obligations, telles que préparer une collation ou s'occuper de leur enfant.

Quelques caractéristiques des participantes ont entravé l'implantation du programme. Une participante qui présentait un problème auditif avait parfois de la difficulté à bien suivre la rencontre et les propos des FVVIH. Une autre présentait un grand malaise par rapport à la sexualité. Son malaise fût perceptible à une activité où elle devait expliquer ce que représentait pour elle la sexualité. Bien qu'elle a surmonté sa gêne en participant activement à l'activité, cette dernière expliqua que dans sa culture, parler de sexualité est tabou, particulièrement pour une femme âgée comme elle. Elle fût également mal à l'aise de voir, durant une activité, un schéma anatomique de la vulve. La coanimatrice lui expliqua alors la raison de leur montrer ce schéma. La différence de cultures ou de valeurs a amené l'animatrice à recadrer certains propos pour éviter un conflit ou un malaise. De ce fait, il est essentiel de s'assurer que les valeurs et l'identité sexuelle de chaque personne soient respectées. En effet, à l'une des activités, une participante remettait en question l'utilisation des pilules contraceptives, car cela nuit à la reproduction. Ainsi, il était important pour elle que

les relations sexuelles soient faites dans l'objectif de procréer. Cette dernière, contrairement à d'autres participantes qui ne partageaient pas son opinion, était également contre l'homosexualité. À quelques reprises, les participantes éprouvaient des difficultés à bien se concentrer à cause d'un téléphone cellulaire ou des pleurs d'enfant.

Tableau 5.13

Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec le rôle des participantes, tirés des journaux de bord et des mémos d'analyse

Facteurs favorables en lien avec le rôle des participantes	Facteurs défavorables en lien avec le rôle des participantes
<p><i>Attitude positive à l'égard du programme</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Intérêt des participantes (S3 : 3x, R2, R3, R4 : S1 : 3x, R3, R4, R6 : S2 : 3xR4, R8, R9) Appréciation de la rencontre (S2 : 2xR3, R6) <p><i>Participation positive</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Bonne participation (S1 : 6xR1, R2, R4, R5, R6, R9; S3 : 2xR1, R3 : S2 : 7xR2, R4, R5, R6, R7, R8, R9) Dévoilement du vécu, beaucoup de partages, témoignages (S1 : 1xR2, S2 : 1xR1) Partage du vécu même si c'est difficile (S2 : 1xR1) Franchise des participantes : S2 : 2xR1, R6) Bonne écoute entre les participantes (S1 : 2xR2, R3; S2 : 5x R3, R5, R6, R7, R9) Respect du tour de parole (S2 : 2xR4, R6) 	<p><i>Difficultés au niveau de l'assiduité et de l'engagement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Plusieurs femmes en retard (par ex. 30 min, 1h) (S1 : 5xR1, R2, R4, R5, R9 : S3 : 2xR1, R4 : S2 : 6x R1, R2, R3, R5, R6, R7) Retard (rendez-vous chez le médecin) (S2 : 1x R3) Rencontre commence 45 min. plus tard (S2 : 1xR1) Absence de certaines participantes (par ex. malade, doit s'occuper des enfants, aucune justification) (S3 : 2xR1, R2 : S2 : 3xR2, R7, R8 : S1 : 3xR1, R4, R8) Difficulté d'avoir toujours les mêmes participantes à chaque rencontre (S1 : 1xR3) Avoir juste une participante (S3 : 2xR2, R3) Refus d'une participante à participer, même si elle est dans l'organisme (trop de choses à faire) (S2 : 1xR3) Difficulté à rejoindre les participantes absentes (S3 : 1x R3) <p><i>*Impossible d'être présentes pour certaines participantes, car c'est la semaine de relâche scolaire (S1 : 1xR2)</i></p> <p><i>* Difficulté à commencer la rencontre (une participante dans la cuisine, une autre s'occupe de son enfant, un bébé pleure constamment, une autre participante arrive 34 minutes plus tard) (S1 : 1xR3)</i></p> <p><i>Contraintes relatives aux caractéristiques des participantes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Une participante a des difficultés auditives (demande plus de concentration) (S2 : 1xR9) Une participante enceinte (épuisée, accouche dans environ 2 semaines) (S1 : 1xR7) Grand malaise par rapport à la sexualité d'une participante (tabou dans sa culture) (S3 : 2xR2, R4) Différences entre les cultures (nécessité de recadrer pour ne pas apporter de jugements) (S2 : 1xR8) <p><i>Contraintes relatives aux rencontres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Plusieurs va-et-vient (pause toilette, café, autre) (S2 : 1xR1, S1 : 1xR3)

Facteurs favorables en lien avec le rôle des participantes	Facteurs défavorables en lien avec le rôle des participantes
<i>Composition du groupe favorable à l'atteinte des objectifs du programme ou au climat</i> <ul style="list-style-type: none"> Bonne dynamique (S2 : 1xR2) Petit groupe qui s'entend bien (S2 : 2xR4, R6) Climat de groupe relax et détendu (S2 : 2x R3, R4) Climat de confiance entre les participantes (S2 : 2xR6, R7) Belle ouverture d'esprit des participantes (S2 : 2xR1, R5) Soutien entre les participantes (S2 : 2x,R1,R6 : S1 : 1xR7) 	<i>Difficulté au niveau de la concentration et de l'écoute</i> <ul style="list-style-type: none"> Téléphone cellulaire dérange (sonnerie, discussion) (S1 : 2xR5, R8) Plus de placotage que d'habitude (S1 : 1xR5) Difficulté à s'écouter entre elles (entrecouper la parole) (S2 : 1xR2) Participantes regardent les revues au lieu d'écouter après l'activité murale (S1 : 1xR9) Difficulté à se concentrer (enfants) (S1 : 2xR2, R6) <i>Difficulté avec une participante (change de sujet en dehors du programme, attire l'attention sur des aspects de l'environnement, etc.) (S2 : 1xR9)</i>
<i>Légende : S1 : site 1, S2 : site 2 et S3 : site 3. R : rencontres.</i> <i>* Ecriture en italique = mémos d'analyse</i>	

Lors des plénières évaluatives, des participantes ont ressorti d'autres facteurs contextuels ayant entravé le degré d'implantation du programme. Quatre participantes provenant soit du site 1 ou du site 2 ont mentionné que la sexualité est une thématique taboue qui ne peut être discutée avec n'importe qui. Il s'agit probablement d'un facteur qui a pu nuire au recrutement.

D'avoir ma propre culture et mon éducation, c'est comme un tabou, à un certain âge tu ne parles pas de sexe. Tu n'oses même pas faire face à quiconque, même à une femme de ton âge, tu te tais. Il faut se taire, même si tu as le besoin. [Josée, africaine, 51 ans et plus – site 2]

Très intime, on peut pas parler de ça [la sexualité] à n'importe qui. [Christina, haïtienne, 18-30 ans – site 1]

Une femme a mentionné avoir été blessée par les propos d'une participante, qui admirait davantage le courage des FVVIH originaires d'Afrique, que de celles du Québec.

Des petites remarques là, que j'ai trouvé ça difficile. Tu sais la personne admirait le courage de certaines communautés plus qu'une autre, ben j'ai dit c'est ça moi je me fais violé au Québec ça c'est moins courageux, non.
[Micheline, québécoise, 51 ans et plus – site 2]

Une autre participante a mentionné que les femmes avaient de la difficulté à embarquer dans la rencontre. La fatigue ou l'heure de la rencontre pourrait être en cause.

Mais ça l'a été dur quand on partait le matin, avant d'embarquer, souvent elle [l'animatrice] posait une question, on disait de quoi pis ça parlait pas. C'était dur de se réveiller. [Sylvie, québécoise, 51 ans et plus – site 2]

Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec l'environnement

Il a été observé que les facteurs contextuels en lien avec l'environnement peuvent à la fois favoriser ou nuire à l'implantation du programme. Ceux qui proviennent des journaux de bord ont été classés dans le tableau 5.14. Des données recueillies lors des plénières évaluatives ont été rajoutées aux paragraphes suivants, puisqu'elles contribuent à clarifier les résultats obtenus.

Les trois milieux où se sont déroulées les rencontres présentaient plusieurs caractéristiques avantageuses. Entre autres, le fait que chacune des salles comportait une table et des divans a été souligné comme point positif, étant donné que certaines activités faisaient appel à l'écriture, alors que d'autres comportaient davantage de discussions. Un autre point essentiel rattaché au choix de la salle est que celle-ci puisse être intime, fermée et assurer la confidentialité. Deux participantes, lors de la

plénière évaluative, ont d'ailleurs souligné leur appréciation de la salle, en mentionnant toutefois un bémol sur le confort du divan.

Le salon Martha est beaucoup plus intime. Oui pour la proximité que nous avons ensemble, oui pour les divans, mais mieux. [Mélanie, québécoise, 41-50 ans – site 2]

Parce que tout était beau, mais les chaises (...) c'est-à-dire que quand tu es bien assis tu n'as pas besoin de t'allonger. [Claudine, africaine, 41-50 ans – site 2]

Un autre milieu avait un service de gardiennage assuré par des bénévoles durant les rencontres et offrait des jus et des collations durant le déroulement, ce qui fût facilitant.

Peu de points négatifs ont été mentionnés sur le choix de la salle, mais parmi ceux-ci se retrouvent la chaleur, le manque d'insonorisation et l'obligation de changer de salle pour une des rencontres. Dans deux organismes, la rencontre a été interrompue par un membre du personnel ou une bénévole, ce qui a dérangé le groupe pendant quelques minutes.

Les conditions climatiques peuvent également nuire à l'implantation des rencontres, en particulier lorsqu'il y a une tempête de neige, puisque dans les trois milieux cela a entraîné des absences ou l'annulation de la rencontre.

Tableau 5.14

Facteurs contextuels ayant entravé et facilité l'implantation en lien avec le rôle des participantes, tirés des journaux de bord

<i>Facteurs favorables en lien avec l'environnement</i>	<i>Facteurs défavorables en lien avec l'environnement</i>
<p><i>Lieu adapté et favorable au bon déroulement des rencontres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salle sans bruit (insonorisée) (S2 : 1xR2) ▪ Salle avec un divan et une table (confortable) (S2 : 4xR1, R2, R4, R6 : S3 : 1xR1, S1 : 1xR3) ▪ Salle intime (S2 : 4xR1, R2, R4, R7 : S1 : 2xR6, R9) ▪ Salle tranquille (S1 : 1xR8 : S2 : 1xR3) ▪ Confidentialité (S2 : 1xR8 : S1 : 1xR6) ▪ Chaleureux (S2 : 1xR7) ▪ Salle fermée (S3 : 3xR1, R2, R4 : S1 : 2xR1 : S2 : 1xR3) ▪ Salle réservée pour nous (S1 : 6xR2, R3, R4, R5, R6, R7 : S3 : 1xR1) ▪ Bon éclairage (S2 : 1xR1) ▪ Possibilité de jouer sur l'éclairage (S3 : 1xR3) ▪ Environnement parfait (S2 : 1xR3) ▪ Bel aménagement de la salle (S2 : 1x) <p><i>Outils, ressources et matériels adéquats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Matériel adéquat (S3 : 1xR2) <p><i>Ressources humaines du milieu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bénévoles qui s'occupent des enfants (S1 : 2xR2, R8) <p><i>Compensation</i></p> <p>Avoir des jus et des collations pour les participantes (S1 : 1xR4)</p> <p><i>Milieu connu des participantes</i></p> <p>Participantes connaissaient déjà l'organisme (S1 : 1x)</p>	<p><i>Matériel inaccessible</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'accès à certains matériaux, car la coanimatrice est absente (S2 : 1xR3) <p><i>Inconvénients dans le choix du lieu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvaise insonorisation (S3 : 1xR3) ▪ Chaleur (S2 : 1xR8) ▪ Changement de salle pour le repas collectif (moins intime) (S2 : 1xR9) <p><i>Dérangements par des personnes externes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interruption par d'autres personnes du milieu (par ex. employé) (S3 : 1xR4 : S1 : 1xR5) <p><i>Contraintes climatiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lendemain d'une tempête de neige (absence ou annulation) : (S2 : 1xR3, S3 : 1xR5 (jamais eu lieu), S1 : 1x) <p><i>Autres</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problème avec le transport des participantes pour arriver à la rencontre (retard) (S1 : 1xR3)
Légende : S1 : site 1, S2 : site 2 et S3 : site 3. R : rencontres.	

5.2.3. Appréciation du programme

5.2.3.1. Appréciation des participantes à l'égard des activités

Dans les journaux de bord, l'animatrice et les coanimatrices ont jugé le niveau d'appréciation des participantes pour chacune des activités réalisées selon une échelle de 1 (pas du tout apprécié) à 5 (totalement apprécié). Le tableau 5.15 illustre les différents résultats. Dans l'ensemble, du point de vue des animatrices, l'appréciation des participantes à l'égard des activités est excellente ($M=4,65$). Indépendamment du milieu d'implantation, une seule activité a un score inférieur à 4. Bien que c'est au site 3 que les participantes semblent avoir le moins apprécié l'ensemble des activités, la moyenne des scores obtenus demeure bonne ($M=4,11$).

Divers commentaires ont été notés dans les journaux de bord pour justifier ces données. De ce fait, les participantes ont aimé l'activité « la trousse de la féminité », car les objets les ont aidées à s'exprimer et à mieux se connaître. Au site 2, trois femmes sur quatre ont mentionné que « l'imagerie mentale sur un moment de bien-être » était leur activité préférée durant la troisième rencontre. D'ailleurs, des participantes ont mentionné que la technique d'imagerie mentale pourrait les aider à revivre certaines émotions, à faire de l'introspection et à relaxer. À la fin de la cinquième rencontre, les participantes ont mentionné avoir adoré l'activité « la trajectoire de vie », qui fût très émotive. Durant cette activité, les participantes ont partagé leur histoire et se sont soutenues. La « technique d'impact du dollar » était accrocheuse, car elle permettait de faire une synthèse de la rencontre, tout en mettant l'accent sur la valeur de chacune et les stratégies pour s'adapter au VIH. L'activité sur les « stratégies pour une bonne communication » a été évaluée positivement, considérant que les participantes ont embarqué activement dans les jeux de rôle. L'activité sur « la vie à deux » était intéressante, car elle a favorisé de nouvelles

discussions. À la dernière rencontre, une des participantes du site 1 a mentionné que le « jeu de la toile » était son activité favorite.

Une participante en particulier, durant la plénière évaluative, a mentionné deux activités qu'elle avait trouvées plus plaisantes que d'autres.

Mais pour moi, la mosaïque, c'est quand elle [l'animatrice] a fini avec tous les morceaux et puis, elle a repris les morceaux, elle les a collés et puis ça devient une femme. C'était vraiment intéressant. [Marie, haïtienne, 41-50 ans, site 1].

Juste la dernière rencontre avec le fil [jeu de la toile], c'était vraiment amusant. [Marie, haïtienne, 41-50 ans, site 1].

Il est ressorti dans le questionnaire d'appréciation rempli par les participantes que ces dernières avaient beaucoup apprécié le partage d'expériences et de vécus ($M=5,10$; $E.T.=0,88$), le score maximum pouvant être obtenu étant de 6. Ce résultat appuie la perception des animatrices à l'égard de l'appréciation des participantes envers certaines activités.

D'après l'animatrice et les coanimatrices, le fait que la sexualité, pour plusieurs participantes, soit taboue ou rattachée à un passé d'abus sexuel semble avoir rendu certaines participantes moins à l'aise lors des activités suivantes : « discussion sur qu'est la sexualité », « mosaïque pour faire le lien entre nos divers rôles et notre bien-être affectif et sexuel » et « discussion sur la sexualité ».

Tableau 5.15
Appréciation des participantes à l'égard des activités perçue par l'animatrice et les
coanimatrices

Activités	Niveau d'appréciation des activités			
	Site 1	Site 2	Site 3	Moyenne
1.1 Trousse de la féminité	4	5	4	4,33
2.1 Mosaïque de mes rôles	4	4	4	4
2.2 Discussion sur ce qu'est la sexualité	4	4	4	4
3.1 Imagerie mentale sur un moment de bien-être	4	5	4	4,33
3.2 Mosaïque pour faire le lien entre nos divers...	4	4	4	4
4.1 Tout ce que je veux savoir sur le VIH	5	5	4	4,67
4.2 Jeu-questionnaire	5	5	5	5
4.3 Discussion sur l'utilisation du condom ou...	5	5	4	5
4.4 Persuasion de l'utilisation du condom ou...	5	5	4	5
5.1 Trajectoire de vie	4	5		4,50
5.2 Plénière	4	5		4,50
5.3 Acceptation du VIH	4	4		4
5.4 Bilan de l'impact de l'acceptation de mon...	3			3
5.5 Technique d'impact du dollar pour...	5	5		5
6.1 Discussion des pour et des contre à dévoiler	5	5		5
6.2 Témoignage sur le plan d'action	5	5		5
6.3 Place à celles qui n'ont pas dévoilé	5	5		5
6.4 Echange de conseils	5	5		5
6.5 Carte à deux facettes	5	5		5
7.1 Introspection	5	5		5
7.2 Technique d'impact du dollar	5	5		5
7.3 Stratégies pour une bonne communication	5	5		5
7.4 La vie à deux	4	5		4,50
7.5 Liste de ressources	5	4		4,50
8.1 Discussion sur la sexualité	5	4		4,50
8.2 Objets de la trousse de la féminité	5	5		5
8.3 Zones érogènes de la femme et de l'homme	5	5		5
8.4 Scénarios sexuels	5	5		5
8.5 Obstacles à une relation sexuelle...	5	5		5
9.1 Discussion sur la féminité et l'estime de soi	5	4		4,50
9.2 Jeu de la toile	5	5		5
9.3 Fabrication d'un objet permettant de...	5	5		5
9.4 Une pensée pour soi et les autres femmes		4		4
Total	4,97	4,75	4,11	4,65

5.2.3.2. Appréciation de l'ensemble du programme

À la fin du programme, les participantes se sont positionnées sur l'appréciation qu'elles ont eue de l'ensemble du programme (tableau 5.16). Ces résultats ont été analysés en convergence avec les données tirées des plénières évaluatives, des mémos d'analyse de la chercheuse et des journaux de bord.

Tableau 5.16
Appréciation du programme, d'après les participantes

Items	n	Moyenne (E.T.)
Programme répond aux attentes	10	4,40 (0,70)
Être satisfaite de ce qui a été donné	10	4,90 (0,74)
Recommander le programme à d'autres FVVIH	10	5,20 (0,79)
Être satisfaite du déroulement du programme	10	5,30 (0,67)
Thèmes et contenus structurés et bien préparés	9	5,33 (0,71)
Thèmes et contenu intéressants et motivants	10	5,40 (0,52)
Score total	10	5,10 (0,52)

Sur une échelle de 1 à 6 : (1) totalement en désaccord/ (6) totalement en accord

En moyenne, les participantes ont trouvé que le programme avait plutôt répondu à leurs attentes, considérant que le score se situe à 4,40 sur une échelle de 6. D'une part, il faut savoir que certaines participantes étaient réticentes à parler de sexualité et donc, à suivre un programme sur le bien-être sexuel et affectif. Voici quelques exemples de propos sélectionnés à partir des plénières évaluatives.

Moi, tu vois au départ, j'avais un gros pied sur le break au début quand j'ai entendu parler du programme, je me suis même dis : humm j'pense que t'es mieux de ne pas aller là avant d'avoir fait ce que je vais faire bientôt, un cheminement. [Mélanie, québécoise, 41-50 ans – site 2]

Moi même j'voulais pas venir, je me disais ben écoute moi je suis toute seule, j'ai pas de vie sexuelle, ça j'en avais parlé, j'ai pas de vie sexuelle, veux dire c'est beau, tu y penses, mais moi ça fait tellement longtemps que je vis toute seule pis c'est difficile (...), mais je suis contente de l'avoir faite quand même. [Sylvie, québécoise, 51 ans et plus – site 2]

D'autre part, quelques participantes ont mentionné d'autres besoins non couverts dans le programme, mais qu'elles auraient trouvé pertinent d'aborder.

La stigmatisation intériorisée aussi ça serait bien d'en parler. Ouais, parce qu'il y a des femmes qui se coupent carrément de la sexualité là et c'est un choix. [Mélanie, québécoise, 41-50 ans et Micheline, québécoise, 51 ans et plus - site 2]

Le vieillissement avec le VIH, on ne l'a pas nulle part, on n'a pas discuté de ça » « non pis c'est vraiment » « c'est un point important aussi. [Sylvie, québécoise, 51 ans et plus, Micheline, québécoise, 51 ans et plus et Josée, africaine, 51 ans et plus – site 2]

Mais ça serait bon même à notre âge, je veux dire, parce que je suis sûre qui en a qui arrive ici, elles ont leurs croyances, nous ont leur dit nos affaires pis peut-être que ça fait « ben non, c'est pas ce qu'on leur dit chez nous. C'est parce que si on en discute ensemble, ça pourrait être bon ». [Sylvie, québécoise, 51 ans et plus – site 2]

Moi c'est plus de l'affection [qu'elle a comme besoin]. [Sylvie, québécoise, 51 ans et plus - site 2]

De plus, certaines participantes ont mentionné se sentir moins concernées par la rencontre quatre, qui portait spécifiquement sur la santé reproductive et l'utilisation du condom.

Comme j'regardais l'atelier quatre, ma santé reproductive, moi je sais bien à mon âge, j'en ai plus de bébé-là, pis après mon copain, ça va être fini, y'en a plus. Je suis en ménopause depuis dix ans, donc je pense pas que ça se remette à marcher. [Micheline, québécoise, 51 ans et plus – site 2]

Nous par exemple, les contraceptifs, je ne dis pas qu'on ne les connaît pas chez nous [en Afrique], mais rare les femmes qui voulaient les prendre et quand tu allaites un bébé, tu ne peux pas coucher avec ton mari. [Josée, africaine, 51 ans et plus – site 2]

Dans les mémos d'analyse de la chercheuse, il a été noté qu'une participante aurait aimé parler de son éducation sexuelle pour mieux comprendre sa sexualité et ses propres comportements sexuels.

En général, les participantes ont trouvé pertinent le matériel utilisé, d'après un score de 4,78 et un écart type de 0,97 sur une échelle de 6. Durant la plénière, une participante a mentionné avoir trouvé « corrects » certains outils, alors qu'une autre a mentionné qu'un feuillet informatif l'aurait aidée à mieux comprendre la nouvelle loi sur le dévoilement.

Non le condom c'était correct, les deux photos de l'homme et de la femme c'était correct. [Mélanie, québécoise, 41-50 ans – site 2]

C'est un crime, qui faut dans certaines circonstances absolument dire à son partenaire qu'on est séropositif. Moi encore je doutais de ça, mais elle nous a sorti des documents. [Suzette, africaine, 41-50 ans – site 1]

Un score de 4,90 avec un écart type de 0,64 sur une échelle de 6, dénote que les participantes sont satisfaites de ce qu'elles ont reçu. Dans les mémos d'analyse, seuls des commentaires positifs ont été notés. Par exemple, au site 2, l'ensemble des participantes présentes à la deuxième rencontre ont mentionné avoir aimé toutes les activités et apprécié mieux se connaître. À la troisième rencontre, une participante du site 1 a mentionné que le sujet était important pour elle, alors qu'une autre a dit que la rencontre était vraiment intéressante. À la cinquième rencontre, toutes les participantes ont dit avoir aimé les activités.

D'après un score moyen de 5,20 sur une échelle de 6, il apparaît que les participantes recommanderaient le programme à d'autres FVVIH. Dans cet ordre d'idées, une des participantes qui pensait abandonner le programme est revenue aux rencontres, grâce aux commentaires positifs des autres participantes vis-à-vis le programme.

Moi non plus je n'étais pas là cette journée-là, mais j'ai un peu su ce que ça l'avait été. Non juste une belle rencontre, c'est ça que j'ai entendu. [Mélanie, québécoise, 41-50 ans – site 2]

Dans l'ensemble, les participantes sont satisfaites du déroulement du programme (M=5,30, E.T.=0,67). Par contre, durant les plénières, quelques modifications sur le déroulement ont été suggérées.

Mais commencer très tôt aussi c'est pas facile. [Claudine, africaine, 41-50 ans – site 2]

Y'aurait pu avoir une pause pipi, juste aller se dégourdir parce que quand t'as pas de fesses, deux heures et demie assis, c'est long. [Micheline, québécoise, 51 ans et plus – site 2]

Ça serait mieux de dire : on a vu ça, peut-être, parce qu'elle nous a demandé : qui se rappelle de ce qu'on a vu ? Alors ni l'un ni l'autre ne s'en souvient. Mais qu'elle nous dise : on a parlé de ça. Oui ! On se réveille. [Claudine, africaine, 41-50 ans – site 2]

Deux participantes du site 1, soit Suzette et Fatima, ont aussi souligné à leur animatrice qu'elles trouvaient les ateliers trop courts et qu'elles auraient aimé avoir encore plus de temps pour discuter entre elles de ce qu'elles ressentent sur différentes thématiques.

Les participantes s'entendent pour dire que les thèmes et les contenus abordés étaient structurés et bien préparés (M=5,33, E.T.=0,71). Il faut dire que l'idée d'aborder la sexualité à travers ses différentes dimensions en couvrant à chaque rencontre les différents rôles sociosexuels de la femme a été appréciée par les participantes.

Pour moi non [pas de moments plus difficiles], parce qu'il y a toujours des choses nouvelles à chaque semaine. [Marie, haïtienne, 41-50 ans – site 1].

Je vois que la femme a plus de responsabilités. Tu ne peux pas dire que j'ai plus apprécié ça, que j'ai laissé ça, parce que ça va ensemble, un seul aspect qui m'a marqué, c'est-à-dire que chez la femme il y a un vide. On ne peut pas dire que j'ai plus apprécié la communication, la communication va avec le respect, le respect va avec l'écoute, l'écoute va avec plusieurs choses, c'est-à-dire que tout ce que nous avons appris ici ou ben on a partagé ici, c'est utile, on ne peut pas prendre un [atelier] et laisser l'autre. D'après ce que j'ai constaté, c'est-à-dire que tout va ensemble chez la femme. [Claudine, africaine, 41-50 ans – site 2].

Je peux dire oui [activités qui ont permis d'apprendre des nouvelles choses], parce que tous les ateliers ne sont pas les mêmes. [Josette, haïtienne, 31-40 ans – site 1].

Dans une perspective similaire, la majorité des participantes ont trouvé les thèmes et le contenu intéressants et motivants ($M=5,40$, $E.T.=0,52$). Plus spécifiquement, une participante a mentionné la rencontre qui l'avait le plus interpellée.

Pour moi c'est la deuxième rencontre, le sentiment de bien-être sexuel. [Christina, haïtienne, 18-30 ans – site 1].

D'autres thématiques étaient plus sensibles que d'autres, comme c'est le cas de la cinquième rencontre qui aborde la trajectoire de vie des FVVIH depuis qu'elles ont reçu leur diagnostic.

Ça été plus difficile, pis y'a certains témoignages qui touchent plus que d'autres tu sais » « oui moi y'a des témoignages qui sont venus me chercher, que j'ai trouvé dure. [Micheline et Sylvie, toutes les deux québécoise, 51 ans et plus - site 2].

(...) parlé sûrement de témoignage et qu'elle touche pas le viol, là ça pouvait pas me chercher, mais tant qu'elle a mentionné viol et qu'elle a parlé encore de viol, ça vient me chercher vite. [Claudine, africaine, 41-50 ans- site 2].

Tout bien considéré, l'appréciation du programme demeure élevée, puisque le score global des items du tableau 5.16 se situe à 5,10 sur échelle de 6. Comme il a été

constaté, les aspects du programme ayant le plus faible score sont la satisfaction générale de ce qu'elles ont reçu, le fait que le programme ait répondu à leur attente et la pertinence du matériel utilisé. À l'inverse, ce qui a été le plus apprécié concerne les thèmes et contenus abordés.

5.2.4. Effets du programme

5.2.4.1. Atteinte des objectifs du programme

Tel qu'illustré dans le tableau 5.17, l'atteinte des objectifs du programme est excellente. D'après le jugement de l'animatrice et des coanimatrices qui ont répondu aux journaux de bord, sur les seize objectifs de performance, dix ont été atteints à 100 %. Il semblerait que les participantes au terme du programme connaîtraient les notions de base sur la SSR, seraient en mesure d'identifier des stratégies facilitant l'accessibilité et l'utilisation du condom, ainsi que des techniques contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle, pour ne nommer que ceux-là. De plus, seul un objectif sur les seize a un degré d'atteinte inférieur à 80 %.

Dans les paragraphes suivants, les objectifs n'ayant pas été atteints totalement seront expliqués. L'objectif « connaître les notions de base sur le VIH/sida » est celui qui a le plus faible degré d'atteinte (66,7 %) et ce, indépendamment du milieu. L'animatrice et les coanimatrices ont jugé ne pas avoir transmis suffisamment d'informations pour couvrir l'ensemble des notions de base sur le VIH/sida.

L'objectif « prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être » a été atteint à 83,3 %, puisque le contenu et les activités qui y étaient rattachés ont un plus faible degré d'implantation.

L'objectif « identifier des stratégies de communication pour répondre à leurs besoins affectifs et sexuels » a aussi été atteint à 83,3 %. L'animatrice et les coanimatrices ont noté dans les journaux de bord que les besoins exprimés par les participantes étaient difficilement transposables dans une situation impliquant la communication. L'objectif était alors plus difficile à atteindre.

Les objectifs « clarifier leur sentiment de bien-être affectif et sexuel » et « établir les liens entre leurs propres rôles sociosexuels et leur sentiment de bien-être affectif et sexuel » ont été atteints à 89 %, puisque certaines participantes avaient de la difficulté à aborder les aspects sexuels. Ainsi, certaines ont mentionné avoir vécu dans le passé, des abus sexuels ou avoir mis de côté cette dimension à cause de leur statut séropositif au VIH.

En ce qui concerne l'objectif « se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels », c'est seulement au site 3 que l'objectif n'a pas été atteint à 100 %, puisqu'à cette rencontre, seulement une participante avait été présente. Étant donné qu'il s'agit d'un programme où une grande place est accordée à la discussion et au partage du vécu, les apprentissages deviennent moins riches dans une rencontre individuelle et une lacune au niveau de l'assiduité devient alors, un facteur crucial.

Tableau 5.17
Niveau d'atteinte des objectifs

Objectifs	Site 1	Site 2	Site 3	Total
Clarifier les objectifs du programme	100 %	100 %	100 %	100 %
Signifier leur engagement à participer	100 %	100 %	100 %	100 %
Se positionner comme femme dans leurs divers rôles...	100 %	100 %	83,3 %	94,3 %
Clarifier leur sentiment de bien-être affectif et sexuel	100 %	66,7 %	100 %	89 %

Objectifs	Site 1	Site 2	Site 3	Total
Établir les liens entre leurs propres rôles sociosexuels et leur sentiment de bien-être affectif et sexuel	100 %	66,7 %	100 %	89 %
Connaître les notions de base sur le VIH/sida	66,7 %	66,7 %	66,7 %	66,7 %
Connaître les notions de base sur le cycle menstruel (...) et les ITSS	100 %	100 %	100 %	100 %
Identifier des stratégies facilitant l'accessibilité (...) condom ou de la digue dentaire	100 %	100 %	100 %	100 %
Évaluer dans quelle mesure le VIH est venu moduler leurs identités comme femme et comme être sexué	100 %	100 %	100 %	100 %
Prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être	100 %	66,7 %		83,3 %
Reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au dévoilement et non dévoilement (...)	100 %	100 %		100 %
Reconnaître leurs besoins affectifs et sexuels	100 %	100 %		100 %
Identifier des stratégies de communication (...)	100 %	66,7 %		83,3 %
Reconnaître leur capacité à rencontrer un(e) partenaire indépendamment de leur statut séropositif au VIH	100 %	100 %		100 %
Identifier des techniques contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle	100 %	100 %		100 %
Adopter des stratégies pour s'apprécier dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué	100 %	100 %		100 %

5.2.4.2. Effets du programme tels que rapportés par les participantes

En moyenne, dans le questionnaire d'appréciation, les participantes ont mentionné avoir appris suite au programme ($M=5,10$; $E.T.=0,74$, les scores pouvaient varier de 1

à 6). Les plénières évaluatives démontrent des apprentissages au niveau du bien-être psychologique, du savoir et des habiletés.

Moi psychologiquement ça va mieux. Moi psychologiquement, physiquement, moralement ça va. Ouais ça m'a beaucoup aidé. [Suzette, africaine, 41-50 ans – site 1]

J'ai appris des choses sur les organes de la femme, y'a des noms que je ne savais pas. Je veux dire on sait que c'est là (...) on le sait, mais j'veux dire les noms-là, le vestibule, tu sais c'est rare qu'on emploie ces mots-là aussi. [Sylvie, québécoise, 51 ans et plus – site 2].

[appris] sur moi et quand les autres parlent, j'ai appris quelque chose de bon aussi. [Marie, haïtienne, 41-50 ans –site 1]

Moi, j'ai appris sur mes rôles dans ma sexualité. [Marie, haïtienne, 41-50 ans –site 1]

Oui vraiment, on a eu tout le plaisir de ces rencontres-là. On a eu tout ce qu'il faut, vraiment tout pour le comportement et... [Josée, africaine, 51 ans et plus – site 2]

Moi ça m'a donné plus d'espoir en tant que femme vivant avec le VIH, que je peux malgré que je suis VIH+ avoir des partenaires ou un partenaire qui pourra m'accepter. [Suzette, africaine, 41-50 ans – site 1]

Oui parce qu'autrefois, j'étais pas capable de dire ce que je ressens à un homme, en faisant la sexualité. [Josette, haïtienne, 31-40 ans- site 1]

La chercheuse a noté dans son journal personnel que les témoignages des FVVIH durant la cinquième rencontre les ont aidées à avoir plus de courage et de force. Une autre participante du site 1 lui a mentionné lors de la dernière rencontre qu'elle a alors compris l'approche globale de la sexualité.

Certains commentaires mentionnés durant les plénières démontrent que les participantes retirent plusieurs bénéfices d'avoir partagé leur vécu dans un groupe de FVVIH.

Mais des fois ça fait du bien d'en parler des fois » « ben oui c'est ça, c'est ça. [Micheline et Sylvie, toutes les deux québécoise, 51 ans et plus – site 2]

(...) je sais pas pourquoi cette fois-là que j'ai lu ce que j'avais écrit, je me suis mis à pleurer et j'étais pas capable de dire pourquoi et là quand on a discuté, je l'ai dit et pour moi ça me fait du bien. [Sylvie, québécoise, 51 ans et plus – site 2]

L'animatrice et les coanimatrices ont aussi écrit dans les journaux de bord que les échanges permettaient aux femmes d'apprendre à mieux se connaître et à respecter leurs différences. À la deuxième rencontre, une participante du site 1 avait dit qu'une des forces du programme c'était justement de voir qu'elle n'est pas seule et qu'elle puisse se reconnaître dans le vécu des autres femmes, en précisant qu'elles « sont toutes passées par là ». Une autre femme, cette fois, du site 2 a stipulé se sentir libérée de pouvoir s'exprimer et que les témoignages, ça les rassemble, les rapproche et les réunit. Une autre a précisé que ça permet de se défouler.

À plus large échelle, le contenu du programme pourrait avoir des effets sur d'autres FVVIH, comme l'illustre le propos d'une participante lors de la plénière évaluative.

Pour nous c'est bon, parce qu'on peut, si on ne bénéficie pas de tout ça, on peut aider d'autres personnes. [Claudine, africaine, 41-50 ans – site 2].

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Ce mémoire rend compte du processus utilisé pour adapter culturellement à la réalité des FVVIH du Québec le programme malien *La femme dans tous ses états*, ainsi que des résultats obtenus suite à l'implantation et l'évaluation formative du programme adapté. L'adaptation culturelle du programme a permis de dégager les éléments fondamentaux et les caractéristiques clés du programme, alors que la démarche d'évaluation a permis de documenter le degré d'implantation, les facteurs contextuels ayant entravé ou facilité l'implantation du programme dans les milieux, de même que l'appréciation et les effets du programme tels que rapportés par les participantes.

Ces démarches ont été réalisées en deux temps. Dans un premier temps, un comité consultatif a été constitué pour réaliser l'adaptation culturelle du programme et dans un second temps, l'implantation et l'évaluation ont été menées de manière concomitante grâce à une méthodologie mixte.

Cette section résume et discute des résultats obtenus, d'une part, par l'adaptation culturelle du programme *La femme dans tous ses états* et d'autre part, par l'évaluation formative du programme adapté. Des recommandations pour bonifier le programme, les apports de la recherche, ses limites et biais et des pistes pour de futures recherches sont aussi formulés.

6.1. L'adaptation culturelle du programme

Le premier volet de cette recherche présente le processus utilisé pour adapter le programme *La femme dans tous ses états* à la réalité des FVVIH du Québec en suivant les quatre étapes de l'intervention ciblée de Bartholomew et al. (2011). Il s'agit d'une approche ayant démontré son efficacité dans la conception et l'adaptation culturelle de programmes d'éducation et de promotion à la santé (Leerlooijer *et al.*, 2011; Tortolero *et al.*, 2005).

Les résultats de l'adaptation culturelle du programme malien à la réalité québécoise supportent la pertinence d'utiliser l'intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2011) comme modèle. En effet, la force de cette approche est que celle-ci montre comment réaliser l'adaptation étape par étape avec des exemples concrets à l'appui. En réalisant d'abord l'analyse des besoins de la nouvelle population cible et en contrastant les résultats avec ceux des FVVIH du Mali, certains constats sont ressortis. Entre autres, le fait que l'objectif comportemental du programme est un élément fondamental à préserver considérant que les FVVIH du Québec ont également besoin d'un programme qui les amènerait à mobiliser leurs ressources personnelles et les ressources disponibles dans leur environnement de manière à améliorer leur bien-être affectif et sexuel. En revanche, certaines caractéristiques sociodémographiques ont semblé suffisamment divergentes pour être prises en considération dans l'adaptation du programme, notamment le statut relationnel, le type d'union, le taux de fécondité, la polygamie et les inégalités de genre.

Lerlooijer et son équipe (2011), qui ont aussi utilisé le modèle de l'intervention ciblée pour l'adaptation culturelle, ont mentionné par contre, avoir trouvé difficile de comparer les deux populations entre elles. Dans le contexte de ce mémoire, une des difficultés étaient la faible proportion d'articles scientifiques spécifiques à la SSR des

FVVIH au Québec et au Mali. En contrepartie, le fait que la chercheuse a travaillé préalablement sur le programme malien avec la CReCES, ARCARD-SIDA (Mali) et la Coalition PLUS (France), réalisé un stage en sexologie de huit mois dans un organisme pour FVVIH au Québec et discuté avec plusieurs intervenants et chercheurs ayant une bonne connaissance de la SSR des FVVIH a contribué à surmonter cette limite. Elle disposait donc d'une bonne connaissance du programme malien, mais également des besoins des FVVIH du Mali et du Québec. De plus, le programme malien avait également été construit en suivant le modèle de l'intervention ciblée.

Le défi majeur à cette adaptation consistait à bien identifier et à rester fidèle aux éléments fondamentaux du programme, tout en s'assurant que le programme adapté réponde bien aux caractéristiques de la nouvelle population. Cette difficulté n'était pas étrangère à celle rapportée par d'autres chercheurs qui se sont eux-mêmes penchés sur cet aspect (Tortolero *et al.*, 2005; McKleroy *et al.*, 2006; Harshbarger *et al.*, 2006). Développer un modèle logique du programme et une matrice d'intervention a contribué sans équivoque à l'identification des éléments fondamentaux et des caractéristiques clés du programme. La vision holistique de la sexualité, l'ensemble des déterminants personnels et externes, les quatre méthodes théoriques sur lesquelles s'appuient les applications pratiques, la plupart des objectifs de performance et le fil conducteur entre les différentes rencontres et thématiques du programme ont été identifiés comme éléments fondamentaux à préserver. Les caractéristiques clés étaient davantage en lien avec le type d'application pratique choisie, ainsi que les légères modifications à apporter aux objectifs pour s'assurer que ceux-ci concordaient avec les besoins et les caractéristiques de la nouvelle population cible.

Les propositions de Kreuter et ses collègues (2003) ont été un précieux atout pour l'adaptation, puisqu'elles illustrent différentes stratégies pour que le programme

concorde culturellement avec la population cible. D'après Kilbourne *et al.* (2007), qui ont établi un protocole d'implantation pour les services d'intervention et de promotion à la santé dans un contexte communautaire, la fidélité aux besoins de la population cible est cruciale pour garantir le succès d'une intervention. De ce fait, l'implication des membres du comité consultatif, qui constitue une stratégie probante de Kreuter *et al.*, (2003), a contribué à mieux comprendre et à répondre aux besoins des FVVIH au Québec. De plus, le recours à des stratégies socioculturelles, tel que suggéré par Kreuter *et al.* (2003) a été utile, afin que le programme reflète les caractéristiques et les valeurs culturelles des FVVIH au Québec. À cet égard, des ajustements ont été apportés aux feuilles-supports, ainsi qu'aux activités. En outre, des stratégies périphériques (Kreuter *et al.*, 2003), telles que la modification du titre du programme et la réalisation d'un dépliant, ont contribué à surmonter la réticence de certaines FVVIH à s'embarquer dans ce type de programme. Pour favoriser l'implication des participantes, beaucoup de place était accordée au partage de leur vécu, ce qui correspond à une autre stratégie de Kreuter *et al.*, (2003). De surcroît, Champagne (2002) explique, selon une approche psychologique, qu'il importe de vaincre les résistances des participantes à s'embarquer dans un programme pour garantir l'implantation d'un changement.

Tel que suggéré par plusieurs chercheurs (Tortolero *et al.*, 2005; Lerlooiijer *et al.*, 2011; Bartholomew *et al.*, 2011; McKleroy *et al.*, 2006; Solomon, Card et Marlow, 2006; Wingood et DiClemente, 2008), différents membres de la communauté ont été impliqués dans la recherche. Dans notre projet, d'autres chercheurs, des intervenants et une FVVIH ont été consultés pour favoriser l'adaptation culturelle du programme. Il s'agit d'un facteur de succès indéniable pour notre recherche, puisque cela a assuré une meilleure compréhension de la population cible et du contexte québécois, d'autant plus que chacun des partenaires avait plusieurs années d'expérience dans le domaine du VIH/sida et connaissait bien les enjeux relatifs à la SSR des FVVIH du Québec.

6.2. L'évaluation du programme

6.2.1. Un degré d'implantation élevé

Les données recueillies lors de l'implantation du programme par les journaux de bord et les mémos d'analyse ont permis de vérifier l'adéquation entre le déroulement du programme tel qu'initialement prévu et celui implanté, ce que visait le deuxième objectif de cette recherche interventionnelle.

Il apparaît que le degré d'implantation des rencontres est excellent pour deux milieux d'implantation sur trois. De ce fait, le niveau de réalisation des rencontres est de 96,5 % au site 1, de 95 % au site 2 et de 36,3 % au site 3, car seulement quatre rencontres sur les neuf ont été implantées. La structure du programme *La femme dans tous ses états* a probablement contribué au succès de son implantation dans les deux premiers sites d'implantation. De ce fait, dans deux études portant sur les interventions permettant de réduire la transmission du VIH, il ressort que celles qui ont rapporté le plus de succès duraient entre 9 et 18 heures sur une période de plusieurs sessions (Lyles *et al.*, 2007 ; Kalichman, Rompa et Cage, 2005). Janz *et al.* (1996), après avoir eux aussi analysé les facteurs d'efficacité de programmes de prévention du VIH, dont pratiquement la moitié s'adressaient aux FVVIH, ont démontré que les interventions les plus efficaces se réalisaient en petit groupe de 15 personnes et moins. La cohésion du groupe et le partage entre les FVVIH apparaissent comme un critère majeur pour la réussite de plusieurs interventions (Mundell *et al.*, 2012; Visser *et al.*, 2005). Par conséquent, il est probable que l'échec de l'implantation du programme au site 3 s'explique en grande partie par le peu de participantes recrutées pour faire le programme et le fait qu'il est arrivé qu'une participante soit seule pour participer à une des rencontres. C'est également le seul site où il y avait des participantes en couple. Bien qu'aucune participante n'ait

justifié leur absence en raison de leur situation relationnelle, il s'agissait peut-être d'une des raisons de leur absence.

Tout comme le degré d'implantation des rencontres, celui de l'ensemble des activités est très élevé, se situant à 94,3 %. Seulement trois activités ont un degré d'implantation en bas de 80 %. Une des explications de la coanimatrice et des animatrices était que plusieurs activités de ces rencontres ont nécessité plus de temps à réaliser que ce qui était anticipé. Les activités avec beaucoup de discussions ont pris aussi plus de temps à réaliser. De ce fait, d'autres études ont démontré que les FVVIH avaient un grand besoin de parler entre elles (Metcalf et al., 1998; Visser et al., 2005; Mundell et al., 2012), confirmant la place importante qui doit être accordée aux activités comportant des discussions et des échanges entre les participantes. D'ailleurs, pour certaines FVVIH, les groupes de discussion constituent le seul endroit où elles peuvent librement parler de leur expérience de vie sans peur d'être stigmatisées ou jugées (Visser et al., 2005; Mundell et al., 2012).

6.2.2. Les facteurs contextuels ayant entravé l'implantation

Malgré que la majorité des données qualitatives et quantitatives dénotent un bon degré d'implantation du programme, certains facteurs contextuels ont entravé l'implantation.

La trop grande charge du travail des coanimatrices est un des principaux facteurs qui a nui à l'implantation. Ainsi, dans deux organismes, les coanimatrices n'ont pu être présentes lors d'une rencontre, parce qu'elles avaient d'autres priorités dans le cadre de leur travail. Il s'agit d'un facteur ayant été relevé également par Chillag *et al.*, (2002), Cummings *et al.*, (2006) et Kilbourne *et al.* (2007). Des stratégies d'ordre

organisationnel devraient alors être prises en considération pour contrecarrer cet obstacle. Par exemple, une solution serait que les supérieures des coanimatrices les libèrent de certaines tâches pour leur permettre de se préparer aux interventions et les animer sans devoir faire des heures supplémentaires.

Un manquement au niveau de l'assiduité et de l'engagement des FVVIH sont deux facteurs contextuels majeurs ayant entravé l'implantation. Par exemple, les retards et les absences étaient fréquents dans les trois sites et ce, durant plusieurs rencontres du programme. Cette difficulté a également été observée dans l'implantation d'un programme pour FVVIH en Afrique du Sud (Visser *et al.*, 2005), de même que par Kilbourne *et al.* (2007) qui s'intéressent à l'implantation des services d'intervention dans les organismes communautaires. Parmi les explications possibles aux absences et nombreux retards se retrouvent le fait que la majorité des participantes au programme ont un faible revenu, sont célibataires et ont tous au moins un enfant. De ce fait, Walstrom *et al.* (2013) ont ressorti dans leur analyse sur les groupes de soutien auprès des FVVIH au Rwanda que la pauvreté constitue un obstacle primaire important dans la participation à un groupe de soutien, alors que Visser *et al.* (2005) mentionnent comme barrières la maladie, les obligations familiales et le travail.

L'importance de surmonter ces obstacles est non négligeable, considérant que chacune des rencontres est importante pour l'atteinte de l'objectif comportemental du programme et qu'une progression logique unie les rencontres entre elles. Par ailleurs, l'absence ou le retard d'une participante pourrait nuire à la dynamique de groupe dans un programme comme celui-ci, puisque chaque participante est encouragée à travers les rencontres à partager ses expériences et certains apprentissages se réalisent en écoutant le témoignage des autres. Effectivement, plusieurs activités ont été construites selon la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1998), qui soutient que l'environnement d'un individu, ainsi que ses pairs influencent en partie leurs comportements. En outre, selon les *Theories of Social Networks and Social Support*,

de Heaney et Israel (2008) sur lesquels reposent certaines activités du programme, il semble que pour amener les participantes à se soutenir entre elles, il importe d'encourager la réciprocité, l'intensité et la force de la relation. Par conséquent, si une participante manque certaines rencontres comportant ces activités, il devient plus difficile de développer ces aspects, surtout dans un groupe fermé où l'absence d'une participante est aussitôt remarquée. Tel que mentionné par Chillag *et al.* (2002), un réseau social solide est un facteur contribuant à l'implantation d'un service communautaire de prévention et d'intervention en lien avec le VIH.

De plus, il est nécessaire de bien connaître les caractéristiques personnelles de chacune des participantes, car certains défis à l'implantation pourraient survenir comme le démontrent nos résultats. Pareillement à certaines recherches, quelques barrières ont été rencontrées durant l'implantation du programme, dont le malaise de certaines participantes à aborder la sexualité (Chillag *et al.*, 2002), de même que la fatigue ressentie par quelques-unes (Cummings *et al.*, 2006). Dans la littérature sur les FVVIH se retrouvent aussi d'autres caractéristiques qui pourraient nuire à l'implantation de programme sur la SSR. Par exemple, certaines FVVIH ont décidé de mettre de côté leur sexualité (Wallach *et al.*, 2013; Psaros *et al.*, 2012; De Tubino et Abdo, 2010; Schiltz *et al.*, 2006), ont été agressées sexuellement, vécu de la violence conjugale (Jewkes *et al.*, 2010) ou ont peur que d'autres personnes dévoilent sans leur consentement leur séropositivité (Chinkonde, Sundby et Martinson, 2009). Dans le même sens, Chillag *et al.*, (2002) ont mentionné que la stigmatisation et la violence domestique nuisaient à l'implantation.

En accord avec Gay *et al.* (2011), parmi les facteurs pouvant nuire à l'intégration d'un programme de SSR pour les FVVIH se retrouvent des infrastructures, de l'équipement et des commodités inadéquates. De ce fait, les résultats obtenus lors de cette recherche démontrent qu'une salle où il fait trop chaud et le manque d'insonorisation constituent des facteurs contextuels défavorables à l'implantation. Il

est aussi ressorti qu'un téléphone cellulaire, les pleurs d'un enfant et l'interruption de la rencontre par une tierce personne nuisent à la concentration des participantes et au bon déroulement des rencontres. Ce dernier facteur laisse entrevoir une lacune au niveau organisationnel. De ce fait, Durlak et DuPre (2008) mentionnent l'importance de bien intégrer le nouveau service dans les pratiques et routines existantes de l'organisme.

6.2.3. Les facteurs contextuels ayant facilité l'implantation

Afin d'interpréter le degré d'implantation élevé du programme et de répondre au troisième objectif de l'étude, des facteurs contextuels ayant facilité l'implantation ont été documentés.

Tel que soulevé par l'équipe de Gay (2011), dans les pratiques prometteuses facilitant l'intégration des services de SSR auprès des PVVIH se retrouvent les attitudes positives du personnel. Les résultats de cette recherche montrent justement qu'il y a eu une bonne relation entre l'animatrice/coanimatrices et les participantes. Conséquemment, les participantes se sentaient à l'aise avec l'animatrice et les coanimatrices et un lien de confiance avait été établi. Pour Durlak et DuPre (2008), un climat de travail positif est également important. Ces facteurs apparaissent d'autant plus importants dans un contexte où plusieurs FVVIH ayant vécu des expériences de stigmatisation éprouvent certaines craintes à discuter avec d'autres femmes (Mundell *et al.*, 2012). Autrement dit, pour vaincre ces résistances, la relation entre animatrices et participantes semble primordiale.

Durlak et DuPre (2008) ont aussi observé que les caractéristiques des professionnels de la santé étaient importantes pour garantir le succès d'une implantation de

programme. Ils précisent l'importance de se sentir capables de faire ce qui est attendu d'eux (efficacité personnelle) et de maîtriser des compétences et habiletés indispensables pour l'implantation. Dans les journaux de bord de notre recherche, l'animatrice, qui a une formation en sexologie, a d'ailleurs mentionné à plusieurs reprises maîtriser le programme et avoir les compétences et habiletés requises pour l'animation de groupe. À la lumière de ces données, la formation en sexologie apparaît adéquate et suffisante pour donner un programme de plusieurs sessions à un groupe de FVVIH sur la santé sexuelle et reproductive.

Dans notre recherche, la coanimation a été perçue comme une formule intéressante pour l'animatrice, qui peut dès lors recevoir de l'aide et du soutien d'une intervenante d'expérience. Toutefois, selon Durlak et DuPre (2008), il faut qu'il y ait une bonne communication et clarification des tâches entre les acteurs pour faciliter l'implantation. Ce travail a d'ailleurs été réalisé, puisque l'animatrice et chacune des coanimatrices ont établi conjointement la façon de fonctionner. Notamment, il fût décidé que la coanimatrice aurait davantage un rôle de soutien et de facilitatrice au sein du groupe. L'implication de bénévoles dans la mise en œuvre du programme a aussi facilité l'implantation du programme, puisque celles-ci ont aidé les participantes à se sentir plus à l'aise de parler de leur sexualité en abordant certains sujets en premier. Toutefois, il importe de préciser que les bénévoles étaient connues des participantes depuis plusieurs semaines. À l'instar des résultats obtenus dans l'étude de Visser *et al.* (2005), avoir des personnes qui adoptent le rôle de facilitateur au sein d'un groupe de FVVIH apporte plusieurs avantages, dont aider les participantes à exprimer leurs émotions, faciliter la discussion et faciliter la réalisation de jeux de rôles.

L'attitude positive des participantes à l'égard du programme, leur appréciation et leur intérêt à l'égard des rencontres ont sans équivoque été des facteurs ayant facilité l'implantation du programme. Ce dernier aspect a aussi été soulevé comme facteur

facilitant par Chillag *et al.* (2002). De plus, les participantes se sont soutenues et ont été respectueuses. Ces aspects ont probablement eu une influence favorable sur leur participation. Par ailleurs, dans leur étude, Mundell *et al.* (2012) ont aussi démontré que recevoir du soutien et pouvoir partager leurs expériences et problèmes dans un environnement non stigmatisant étaient des facteurs ayant motivé les FVVIH à participer à des séances de groupe.

L'aménagement de la salle peut aussi avoir certains impacts. Par exemple, avoir des divans permet de créer une ambiance chaleureuse et avoir une salle fermée garantit la confidentialité. Un service de gardiennage et des collations durant les pauses motivent les participantes à venir aux rencontres, en particulier lorsque la population ciblée a un faible revenu et des enfants à charge.

6.2.4. L'appréciation du programme

Dans l'ensemble, l'appréciation des participantes telle que rapportée par l'animatrice et les coanimatrices à l'égard des activités fut excellente, selon un résultat de 4,65 sur une échelle de 5. D'ailleurs, à partir de l'analyse des questionnaires d'appréciation, les scores moyens obtenus témoignent du fait que les participantes sont satisfaites de ce qu'elles ont reçu, de même que du déroulement du programme, des thèmes et des contenus abordés. Avoir un programme conçu et adapté selon le modèle de l'intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2011) a indéniablement contribué à sélectionner des thématiques et un contenu qui intéresseraient les FVVIH au Québec. À l'instar des résultats obtenus dans la recherche de Mundell *et al.*, (2010), il ressort que les FVVIH ont apprécié participer à des séances de groupe portant entre autres, sur l'expérience émotionnelle reliée au fait de vivre avec le VIH, le dévoilement et la planification familiale.

Néanmoins, bien que les participantes aient rapporté que le programme a répondu à leurs attentes, il demeure qu'il s'agit de l'aspect du programme évalué le moins positivement. Parmi les explications possibles, les participantes ont mentionné d'autres besoins qui n'ont pas été couverts par le programme, tels que le vieillissement avec le VIH et la stigmatisation. De ce fait, le programme abordait dans une moindre mesure les besoins des FVVIH plus âgées, alors qu'il s'est avéré que 70 % des participantes du programme étaient âgées de 41 ans et plus. Dès lors, certaines participantes se sont senties moins concernées par la rencontre qui portait spécifiquement sur la santé reproductive et probablement par la rencontre sur la satisfaction sexuelle. D'autant plus que d'après Wallach *et al.* (2013), plusieurs FVVIH de plus de cinquante ans mentionnent être abstinents sexuellement. Des recommandations pour que le programme réponde aux besoins des FVVIH qui ont mis de côté leur sexualité sont d'ailleurs émises à la fin de ce chapitre.

Un des aspects déterminants dans l'appréciation du programme demeure le plaisir que les participantes ont eu à se réunir chaque semaine pour partager entre elles leurs expériences. À cet égard, dans deux autres recherches scientifiques réalisées auprès de FVVIH ayant participé à un groupe de soutien, il ressort que ces dernières ont également apprécié l'opportunité de rencontrer d'autres femmes qui partageaient un vécu similaire au leur (Liamputtong *et al.*, 2009; Visser *et al.*, 2005).

6.2.5. Les effets perçus du programme

Le dernier objectif de cette recherche visait à décrire les effets du programme. Les divers instruments de mesure ont permis de recueillir des informations sur l'atteinte des objectifs et les effets du programme selon le point de vue des animatrices et des participantes.

D'après les animatrices, le programme a répondu à la grande majorité des objectifs établis. En effet, sur les seize objectifs de performance du programme, un seul objectif a, selon elles, un niveau atteint inférieur à 80 %. Il semble que le choix du modèle de l'intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2011) pour adapter et concevoir les objectifs du programme *La femme dans tous ses états* se soit avéré judicieux. Rotheram-Borus *et al.* (2009) ont établi différents facteurs reliés à l'efficacité des programmes de prévention du VIH. Parmi ces facteurs, certains ont été explorés dans cette recherche, tel qu'avoir un cadre conceptuel pour comprendre le comportement désiré (le modèle de Robinson *et al.* 2002), disposer d'informations spécifiques sur la problématique et les caractéristiques de la population cible (étape 1 de l'intervention ciblée) et développer des habiletés et des connaissances cognitives, affectives et comportementales (étape 2 de l'intervention ciblée, développer une matrice d'intervention en fonction de déterminants personnels et externes). D'autres chercheurs ont également démontré que les interventions basées sur des méthodes théoriques de changement de comportements, telles que la théorie de l'apprentissage social, étaient efficaces pour réduire les comportements sexuels à risque (Kalichman, Rompa et Cage, 2005). Cette théorie a été utilisée dans quelques activités du programme.

Les participantes ont rapporté avoir réalisé certains apprentissages directement en lien avec les thématiques abordées. Par exemple, elles rapportent que le programme leur a permis de mieux comprendre leurs rôles sociosexuels. Elles ont aussi développé des habiletés pour s'affirmer dans un contexte intime. Par contre, une évaluation plus approfondie des effets du programme permettrait de mieux comprendre et cerner l'impact du programme sur le bien-être affectif et sexuel des participantes.

Il semblerait que le programme ait eu quelques effets indirects sur les participantes. Tout comme les FVVIH de l'étude de Mundell *et al.* (2012) et de Liamputtong *et al.* (2009), certaines participantes ont affirmé à la fin des rencontres avoir plus de

courage, de force et d'espoir en tant que FVVIH. Le fait de partager entre elles leur histoire leur a permis de se reconnaître dans celles des autres femmes et de voir qu'elles ne sont pas toutes seules (Mundell *et al.*, 2012; Liamputtong *et al.*, 2009). Mundell *et al.* (2012) ont d'ailleurs démontré dans leur analyse que participer à un groupe de soutien amène les FVVIH, dans un premier temps, à s'identifier aux autres participantes et à prendre conscience qu'elles ne sont pas seules. Dans un second temps, elles voient dans les autres participantes qui sont infectées depuis plus longtemps qu'elles, des modèles à suivre. Par la suite, elles apprennent à accepter leur statut sérologique au VIH, en étant soutenues et en explorant entre elles des solutions à leurs difficultés. Finalement, elles développent des habiletés, ont un meilleur contrôle sur leur vie, sont prêtes à amener des changements sur celle-ci et deviennent à leur tour des modèles pour d'autres femmes (Mundell *et al.*, 2012).

6.2.6. Liens entre les facteurs contextuels, le degré d'implantation, l'appréciation des participantes et les effets du programme

Une synthèse des principaux résultats, ainsi que les liens entre les différents aspects évalués dans le programme *La femme dans tous ses états* sont illustrés par la figure 6.1. Le choix du modèle CIPP de Stufflebeam (Nadeau, 1988) pour évaluer ce programme s'avère judicieux, puisqu'il a permis de recueillir diverses données qui offrent une vue d'ensemble sur le programme et aident à comprendre l'interaction entre ces aspects. Les sections ci-dessous exposent de façon plus détaillée la relation entre ces variables.

6.2.6.1. Liens entre les facteurs contextuels et le degré d'implantation

Les résultats dénotent que certains facteurs ont nui au degré d'implantation. Entre autres, le malaise entourant la sexualité a probablement nui au recrutement des FVVIH pour le site 3 et peut-être influencé l'attrition des participantes. En ce sens, seulement quatre rencontres ont été données dans ce milieu et parmi les participantes, une était très mal à l'aise lorsque la sexualité était abordée. Ce facteur a aussi été soulevé par Chillag *et al.* (2002) et Cummings *et al.* (2006). Une autre hypothèse serait que le recrutement s'est fait trop rapidement dans ce milieu et que la participante qui éprouvait le malaise à l'égard de la sexualité a décidé de suivre le programme sans comprendre totalement l'ensemble des thématiques abordées. Au niveau organisationnel, quelques petites améliorations seraient à apporter en ce qui concerne le local. Le fait qu'une tierce personne ait interrompu le déroulement de la rencontre en s'introduisant dans le local a probablement nui à l'échéancier de la rencontre, qui était déjà serré. Par exemple, ce facteur a été observé à la rencontre « femme au-delà du VIH » du site 1, qui a un degré d'implantation légèrement inférieur à la moyenne des rencontres pour ce site. Certaines caractéristiques des participantes combinées au choix des activités ont aussi nui au degré d'implantation. De ce fait, il a été constaté que plusieurs participantes durant l'activité « stratégies pour une bonne communication » avaient des besoins sexuels et affectifs complexes à transposer dans un jeu de rôle impliquant la communication. Ainsi, certaines participantes vivant seules et loin de leur famille éprouvaient un manque affectif. Une activité complémentaire portant sur des stratégies pour briser l'isolement et la solitude pourrait donc, s'avérer intéressante pour ces dernières, puisque la communication ne semble pas être l'unique solution pour régler leurs besoins.

Sommes toutes, la majorité des facteurs contextuels soulevés sont favorables au degré d'implantation et ceux-ci se situent à plusieurs niveaux. Ainsi, tel qu'observé par

Durlak et DuPre (2008), au niveau structurel, la mise en place d'un comité consultatif a favorisé l'élaboration d'un programme fidèle aux besoins de la population cible. Par ailleurs, la bonne relation entre les animatrices et les participantes, l'efficacité personnelle et les compétences des animatrices, de même que l'attitude positive des participantes sont tous des facteurs personnels et interpersonnels qui contribuent à un degré d'implantation élevé.

6.2.6.2. Liens entre les facteurs contextuels et l'appréciation du programme

Un lien entre les facteurs contextuels et l'appréciation des participantes était perceptible tout au long du programme. Entre autres, l'appréciation élevée des thèmes et du contenu du programme concordent avec certains facteurs contextuels soulevés, dont l'intérêt et l'attitude positive des participantes à l'égard du programme, ainsi que la compatibilité du programme avec leurs besoins. De plus, durant les plénières, les participantes ont mentionné avoir particulièrement apprécié l'animation et la dynamique de groupe, aspects qui sont ressortis également dans les facteurs contextuels.

6.2.6.3. Liens entre l'appréciation du programme et le degré d'implantation

Tout bien considéré, le degré d'implantation demeure excellent, tout comme l'appréciation générale du programme. Une association entre ces deux aspects semble se dessiner. En ce sens, l'activité du « bilan de l'impact de l'acceptation de mon VIH sur mon bien-être », qui est l'une des huit activités les moins bien implantées du programme est également l'activité la moins appréciée. De plus, le site 3 est le milieu où, à la fois, le degré d'implantation fut le moins élevé et où les activités ont été les

moins appréciées. Les résultats obtenus laissent présager qu'un bon degré d'implantation est nécessaire pour avoir un niveau d'appréciation élevé. Considérant que le programme a été implanté avec succès dans les sites 1 et 2, il apparaît logique que les participantes aient répondu dans le questionnaire d'appréciation avoir apprécié le programme dans son ensemble et trouvé les thèmes et les contenus bien structurés et intéressants.

Par contre, le lien entre la satisfaction des participantes et le degré d'implantation devrait être davantage exploré, étant donné qu'à notre connaissance, il ne fût pas documenté dans l'évaluation de programmes sur la santé sexuelle et reproductive des FVVIH.

6.2.6.4. Liens entre les effets perçus du programme et son appréciation

D'après les données tirées des plénières évaluatives et du questionnaire d'appréciation, le fait de se retrouver dans un groupe de FVVIH qui partage un vécu similaire à soi et de pouvoir échanger sur ses expériences apparaissait comme un des aspects les plus appréciés par les participantes. Ce même aspect semble avoir un effet indirect sur les participantes. Au même titre que les résultats indiqués par Mundell *et al.* (2012), Liamputtong *et al.* (2009) et Visser *et al.* (2005), les participantes puisent de leur expérience de groupe plus de force, de courage et d'espoir. En permettant aux participantes de se comparer socialement auprès d'autres FVVIH, celles-ci sont alors davantage en mesure d'établir les différentes normes quant aux comportements sexuels sains et de développer des stratégies et des habiletés pour surmonter leurs difficultés (Janz *et al.*, 1996; Kalichman, Rompa et Cage, 2005). Elles apprennent aussi à être plus affirmatives et à parler de leurs problèmes, à gagner de la confiance en elles et à s'accepter (Visser *et al.*, 2005; Walstrom *et al.*, 2013).

6.2.6.5. Liens entre le degré d'implantation et les effets perçus du programme

Comme le suggère Nadeau (1988), il s'est avéré pertinent de mettre l'accent sur l'évaluation de l'implantation dans un contexte où celui-ci est donné pour la première fois, plutôt que sur l'évaluation des effets. Ainsi, le degré d'implantation influence en grande partie les effets du programme (Nadeau, 1988). Les résultats démontrent que la perception de l'atteinte des objectifs est élevée, de même que le degré d'implantation des activités qui y sont rattachées. Par exemple, l'objectif de la rencontre sur le dévoilement a été atteint à 100 %, tout comme son degré d'implantation. À l'inverse, un degré d'implantation plus faible entraîne dans la plupart des cas, une plus faible atteinte des objectifs. À cet effet, l'objectif « prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH et leur bien-être » a été atteint dans une moindre mesure, puisque les premières activités de la rencontre « être femme au-delà du VIH » ont été priorisées au détriment des dernières qui y étaient rattachées. De plus, les effets rapportés par les participantes sont dans certains cas en lien avec le contenu couvert dans le programme, tel que l'augmentation des habiletés de communication et des connaissances sur les rôles sociosexuels.

Par ailleurs, Janz et ses collègues (1996) ont démontré que la flexibilité du programme favorise l'efficacité d'une intervention. Ce facteur qui est en lien avec l'implantation a d'ailleurs été considéré dans notre recherche.



Figure 6.1 Liens entre les facteurs contextuels, le degré d'implantation, l'appréciation du programme et ses effets

6.3. Recommandation pour bonifier le programme *La femme dans tous états*

L'analyse des points de vue de l'animatrice, des coanimatrices et des participantes permet d'émettre quelques suggestions pour bonifier le programme *La femme dans tous ses états*. De prime abord, bien que la santé reproductive soit une composante importante de la santé sexuelle (Robinson *et al.*, 2002), certaines participantes ne se sont pas senties interpellées par la rencontre qui abordait spécifiquement cette thématique, notamment en raison de leur âge et de leur célibat. Ce faisant, une rencontre alternative pour les femmes de plus de 40 ans mettant l'accent sur la ménopause et le vieillissement avec le VIH répondrait davantage à leurs besoins et leurs intérêts (Wallach *et al.*, 2013). Par contre, les notions sur les difficultés qu'entraînent la négociation et l'utilisation du condom resteraient abordées, mais dans une moindre mesure. À cet égard, la réduction du risque de transmission demeure une préoccupation majeure pour plusieurs FVVIH (Trottier *et al.*, 2005; Lifshay *et al.*, 2009) et correspond à un enjeu important de santé publique (ASPC, 2012b). Raja, McKirnan et Glick (2007) avaient d'ailleurs constaté que plusieurs PVVIH infectés depuis un bon nombre d'années ignoraient comment utiliser adéquatement un condom.

À la lumière des données recueillies lors des plénières évaluatives, l'ajout de nouvelles thématiques dans le programme s'avérerait pertinent. De ce fait, certaines participantes voudraient aborder la stigmatisation (intériorisée), les croyances rattachées à leur éducation sexuelle, alors que d'autres se sentent seules et éprouvent un manque affectif. Considérant que l'engagement des FVVIH est un des principaux obstacles à l'implantation d'un programme de neuf rencontres, la formule de petites capsules insérées à différentes rencontres serait l'idéal. Entre autres, la stigmatisation pourrait être abordée lors de la rencontre sur le (non) dévoilement, ainsi que lors de la rencontre sur la communication sexuelle. Au lieu de demander aux participantes de transposer leurs besoins affectifs et sexuels dans un jeu de rôle, il pourrait y avoir un

jeu de rôle sur les habiletés de communication pour résoudre une situation où une femme a vécu de la stigmatisation à cause de son statut sérologique ou encore une situation où elle doit engendrer un dialogue pour rencontrer de nouvelles personnes. Cette modification pallierait aux difficultés rencontrées durant l'activité « stratégies pour une bonne communication ». Lors de l'activité « objets de la trousse de la féminité » de la rencontre sur la satisfaction sexuelle, des questions d'animation en lien avec les besoins affectifs pourraient être ajoutées, par exemple, « que faites-vous pour combler vos besoins affectifs? », tout comme à l'activité « scénarios sexuels ». Les bénéficiaires seraient que davantage de participantes, célibataires ou âgées, se sentiraient concernées par la rencontre sur la satisfaction sexuelle et auraient l'occasion de connaître diverses stratégies pour améliorer leur bien-être affectif et sexuel. Les croyances sur la sexualité et l'éducation sexuelle reçue pourraient être abordées pendant l'activité « discussion sur ce qu'est la sexualité », de la rencontre « femme, unique et plurielle ». Cette activité s'y prête bien, puisque les participantes sont questionnées sur leur propre définition et compréhension de la sexualité humaine.

Afin d'augmenter le degré d'implantation de la rencontre « être femme au-delà du VIH », une restructuration est nécessaire. Tel que mentionné dans le chapitre V de cette recherche, la rencontre comportait trop d'activités pour le temps alloué. L'activité « la trajectoire de vie » doit être priorisée, puisqu'en plus d'avoir été très appréciée par les participantes et d'avoir renforcé la solidarité et le soutien au sein du groupe, elle a permis aux participantes d'échanger entre elles sur une thématique qui leur était significative. De plus, quelques effets du programme mentionnés par les participantes ont un lien avec cette activité, dont le bien-être ressenti après avoir partagé son histoire. Les questions abordées durant « la plénière » pourraient être transposées au bilan de la rencontre et l'activité « bilan de l'impact de l'acceptation de mon VIH sur mon bien-être » serait enlevée, puisque son contenu peut facilement être couvert durant la technique d'impact du dollar. Enfin, une note avant la rencontre

sera ajoutée pour avertir les animatrices de la nécessité d'être disponibles après la rencontre pour soutenir les participantes et de prévoir des ressources pour ces dernières, particulièrement si les agressions sexuelles et le viol ont été abordés.

Malgré que le déroulement des rencontres a été évalué positivement par les participantes, certaines d'entre elles ont mentionné durant la plénière deux suggestions à apporter pour améliorer cet aspect. En premier, au lieu que l'animatrice demande aux participantes qu'est-ce qu'elles ont retenu de la précédente rencontre, il serait préférable que celle-ci effectue d'abord une synthèse de ce qui a été vu préalablement. En effet, plusieurs participantes ne se souvenaient pas des thématiques qui avaient été abordées et un délai était nécessaire avant qu'elles réagissent et participent activement à la discussion. En plus de souligner les points essentiels couverts durant la rencontre précédente, l'animatrice pourrait demander aux participantes s'il y a des éléments qui ont eu un impact particulier depuis la dernière fois qu'elles se sont rencontrées ou encore qu'elles ont mis en pratique. En deuxième lieu, une période de temps pour une pause devra être ajoutée au programme.

6.4. Retombées et apport à l'intervention sexologique

Le degré d'implantation élevé, les effets bénéfiques de ce programme et l'appréciation positive des participantes à l'égard de celui-ci témoignent de la pertinence de l'intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2011) pour l'adaptation culturelle d'interventions. Ce modèle a d'ailleurs été utilisé pour la conception et l'adaptation de programmes de prévention et d'intervention à la sexualité qui se sont avérés efficaces (Leerlooijer *et al.*, 2011; Tortolero *et al.*, 2005; Bartholomew *et al.*, 2011). De plus, l'illustration par des exemples concrets de la procédure utilisée dans cette recherche offre une meilleure compréhension du passage de la théorie à la pratique de ce type de méthodologie.

Considérant que l'efficacité d'un programme d'intervention est grandement influencée par son implantation (Nadeau, 1988), les facteurs contextuels présentés par cette recherche favoriseront une meilleure intégration des services de santé sexuelle et reproductive pour les FVVIH, recommandation émise par différentes organisations internationales (OMS, UNFPA, ONUSIDA et IPPF, 2005; ONUSIDA, 2010; IPPF, UCSF, UNAIDS, UNFPA et WHO, 2009 ; EngenderHealth, UNFPA et the David and Lucile Packard Foundation, 2008). De ce fait, en tenant compte des résultats de cette recherche, les éducateurs et intervenants seront en mesure de surmonter plusieurs obstacles qui ont été rencontrés dans la première implantation de ce programme, notamment, les nombreux retards et absences des FVVIH. La connaissance des facteurs facilitant l'implantation contribuera également à surmonter ou contrer les défis reliés à l'implantation. Par exemple, il est ressorti que les services de gardiennage et les collations offertes aux participantes contribuent à motiver les femmes à venir aux rencontres, tout comme le bon climat qui a été développé entre elles. L'élaboration d'outils ou de guides d'implantation à partir des facteurs contextuels mis en relief par cette recherche pourrait s'avérer utile.

Tel que démontré par plusieurs auteurs (Trottier *et al.*, 2005; Florence *et al.*, 2004; Siegel, Schrimshaw et Lekas, 2006; Psaros *et al.*, 2012), les FVVIH ont de nombreux besoins sur le plan de leur sexualité. Schiltz et ses collègues (2006) ont d'ailleurs mis en évidence dans leur recherche l'importance de la dimension affective et socioculturelle sur la satisfaction sexuelle des PVVIH. Pourtant, la plupart des programmes pour les PVVIH tiennent peu compte de ces dimensions, qui sont plutôt orientées sur la prévention de la transmission du VIH (Gay *et al.* 2011; Kennedy *et al.*, 2010). Ainsi, le programme adapté et évalué par cette recherche contribue au développement des attitudes, des connaissances et des habiletés des FVVIH sur des thématiques rattachées aux diverses dimensions de la sexualité humaine. Entre autres, des participantes ont rapporté se sentir plus fortes, avoir appris sur elles-mêmes, mais

aussi sur le contenu couvert par le programme et avoir développé des stratégies pour dévoiler leur statut sérologique ou pour s'affirmer. Autrement dit, offrir un programme qui propose une vision holistique de la sexualité apparaît une formule gagnante pour améliorer le bien-être affectif et sexuel des FVVIH.

Cette recherche témoigne également de l'importance d'offrir aux participantes une occasion de se réunir pour partager leurs expériences et échanger entre elles des stratégies pour surmonter des difficultés selon diverses dimensions en lien avec leur santé sexuelle et reproductive. La valeur ajoutée de se retrouver dans un groupe de discussion nécessiterait d'être explorée davantage dans ce type de programme.

6.5. Limites et biais de l'évaluation du programme

Pour renforcer la validité interne, qui consiste dans les études de cas à assurer la crédibilité des résultats, plusieurs recours ont été utilisés. Premièrement, comme le suggère Gagnon (2012), il importe de contrôler les effets de la présence du chercheur sur les participants. En ce sens, dans cette recherche, la chercheuse était aussi l'animatrice principale du programme et avait donc un contact direct avec les participantes à plusieurs reprises. Par conséquent, pour éviter que ces dernières modifient leurs réponses pour plaire à la chercheuse une personne externe au projet s'est chargée d'administrer le questionnaire pré-programme et d'animer les plénières évaluatives.

Deuxièmement, pour diminuer les erreurs d'interprétation et favoriser une analyse plus objective des données, lors de l'implantation du programme, la chercheuse a noté dans un journal ses propres observations et difficultés rencontrées et les journaux de bord ont été remplis par l'animatrice principale et aussi par les coanimatrices. Elle

a aussi validé les résultats de ses recherches à plusieurs reprises en discutant avec les coanimatrices et sa directrice de recherche.

Troisièmement, un des biais à cette recherche est que l'évaluation des effets et l'appréciation des participantes reposent en partie sur la perception des animatrices et des coanimatrices. En ce sens, le nombre de participantes à la dernière rencontre était insuffisant pour comparer les données entre le pré et le post-test. Il a donc, fallu renoncer à certaines analyses qui, pourtant, auraient été pertinentes pour ce type d'évaluation. Indubitablement, l'échantillon restreint et un échéancier serré ne permettaient pas de réaliser une évaluation des effets avec passation d'un questionnaire validé sur la SSR des FVVIH avec un groupe témoin. Il aurait été pertinent de pouvoir documenter les effets du programme à moyen terme en recontactant les participantes six mois plus tard. Cependant, la triangulation des données a contribué à améliorer la validité de cette recherche, en combinant les forces des deux méthodologies utilisées (Pluye *et al.*, 2009). Tel que mentionné par Guion, Diehl et McDonald (2011), la validité s'établit lorsque les résultats obtenus par les différentes méthodes convergent. Ainsi, les données obtenues par un outil méthodologique permettent d'appuyer et d'aider à la compréhension des données obtenues par un autre outil (Gagnon, 2012).

Dans le contexte des études de cas, la validité externe n'est pas de prétendre à la représentativité statistique (Roy, 2010), mais de permettre le transfert des résultats dans d'autres contextes ou études (Gagnon, 2012). Ainsi, afin d'augmenter la validité externe de l'étude, il est recommandé de collecter une grande quantité d'informations et d'observations sur le contexte et le phénomène à l'étude (Roy, 2010). Par conséquent, le nombre de cas étudiés a été fixé à 3 plutôt que 1. Cela a permis une meilleure diversité de la représentativité des FVVIH et des milieux d'implantation. La chercheuse s'est assurée, comme le conseille Gagnon (2012) que chacun des milieux ne présente pas de particularités telles que les résultats seraient

automatiquement uniques et propres à ce seul cas. Par contre, une validation du programme à plus grande échelle permettrait une meilleure compréhension de divers environnements d'implantations, ainsi que des facteurs contextuels en lien avec l'implantation et les effets du programme. À cet égard, la recherche communautaire subventionnée par les IRSC, mentionnée dans le chapitre I de cette recherche, palliera à cette limite.

6.6. Pistes de recherches futures

Les résultats obtenus dans ce mémoire permettent de dégager des pistes de recherches futures en ce qui concerne l'adaptation, l'implantation et l'évaluation de programmes spécifiques à la santé sexuelle et reproductive des FVVIH.

Bien que ce projet de mémoire ait permis d'identifier les éléments fondamentaux du programme, de futures recherches évaluant l'efficacité de ces aspects devront être menées, pour savoir si ceux-ci permettent d'améliorer le bien-être affectif et sexuel des FVVIH et indirectement, leur qualité de vie. L'évaluation des effets qui a été menée dans le cadre de cette recherche, comme il a été expliqué précédemment, comportait diverses limites. Pour contrecarrer ces limites, il faudrait avoir recours idéalement à un devis avec pré et post-test et à d'autres outils méthodologiques permettant de mesurer objectivement et quantitativement les effets du programme.

La sélection des instruments de mesure pour ce type d'évaluation présente par contre, des défis majeurs. D'une part, il est ardu de trouver des instruments de mesure déjà validés en français, peu coûteux et qui sont rédigés dans un vocabulaire facilement accessible et vulgarisé pour la population cible. D'autant plus que plusieurs FVVIH au Canada ont un niveau d'éducation peu élevé et une proportion significative est

originaires d'un pays où la langue maternelle n'est pas le français (ASPC, 2012a). Bien qu'il a été demandé aux FVVIH, dans le questionnaire pré-programme, depuis combien d'années elles vivaient au Canada, avoir une échelle d'acculturation aurait apporté davantage d'informations sur leurs caractéristiques personnelles et aurait sans doute contribué à orienter l'adaptation du programme.

D'autre part, il faut être en mesure de sélectionner des outils qui englobent l'ensemble des thématiques couvertes par le programme de santé sexuelle et reproductive, mais qui ne seront pas trop fastidieux et longs à remplir. Par la suite, tel que recommandé par McKleroy *et al.* (2006) et Wingood et DiClemente (2008), il serait pertinent d'effectuer une validation des instruments de mesure auprès de quelques femmes vivant avec le VIH qui ne recevraient pas ultérieurement le programme. De ce fait, concernant le questionnaire pré-programme, une coanimatrice a mentionné l'avoir trouvé un peu trop complexe pour les participantes. De plus, il serait intéressant de développer une échelle de mesure pour évaluer le soutien et le réseau social des participantes, puisque ces deux aspects semblent être reliés aux effets indirects du programme.

Cette recherche contribue à l'avancement des connaissances en explorant plus en profondeur les contextes d'implantation d'un programme sous divers angles d'analyse, grâce aux journaux de bord, aux mémos d'analyse, aux plénières et aux questionnaires d'appréciation. Il demeure néanmoins que plusieurs pistes de recherches restent à approfondir. Tel que mentionné dans les limites, un des organismes a été évalué sur seulement quatre rencontres plutôt que neuf. À cet effet, il est essentiel que des recherches éventuelles soient menées à plus grande échelle. D'après le rapport du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2013), les FVVIH résident principalement à Montréal, ce qui laisse déjà présager certaines disparités avec les milieux communautaires situés en région. Par ailleurs, certains profils pourraient s'avérer différents d'un milieu à l'autre. Il se pourrait par exemple,

que dans certains milieux, il y ait plus de femmes originaires d'un autre pays ou encore, qui ont déjà été travailleuses du sexe, etc. Le questionnaire sociodémographique pourrait aussi être bonifié par l'ajout de questions sur certains facteurs pouvant influencer la sexualité des FVVIH, comme un passé de viol, de prostitution ou de toxicomanie.

Enfin, en ayant un plus grand échantillon de participantes au programme, il sera également possible de faire des analyses comparatives à partir du questionnaire pré-programme. Cela permettra de voir s'il y a des différences significatives au niveau de la santé sexuelle et reproductive des FVVIH en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, telles que leur origine ethnique, leur âge ou encore le nombre d'années depuis qu'elles sont infectées. À cet égard, aucun projet de recherche ne faisait mention en 2012 des spécificités entre les différentes origines ethniques des FVVIH et les aspects compris dans la santé sexuelle et reproductive (ASPC, 2012c). Ces analyses contribueraient à guider d'autres interventions d'éducation et d'intervention sexologique pour les FVVIH.

CONCLUSION

Ce mémoire rend compte du processus utilisé pour adapter culturellement à la réalité québécoise le programme *La femme dans tous ses états*. Le modèle de l'intervention ciblée (Bartholomew *et al.*, 2011) et les stratégies de Kreuter *et al.* (2003) ont guidé l'adaptation du programme aux caractéristiques des FVVIH au Québec, tout en préservant la fidélité des éléments fondamentaux du programme original. Quatre principales étapes ont été utilisées pour atteindre ce premier objectif. D'abord, une analyse des besoins a soulevé les principales divergences et ressemblances entre les FVVIH au Mali versus celles résidant au Québec. Par la suite, des changements mineurs aux objectifs du programme ont été apportés, ainsi qu'aux applications pratiques. À la dernière étape, les composantes du programme ont été examinées, afin qu'elles concordent avec la nouvelle population cible. De plus, un comité consultatif constitué d'intervenant(e)s, de chercheuses et d'une FVVIH a été consulté pour la réalisation de ces diverses étapes. Cela a constitué indéniablement une force de cette recherche, puisque les membres du comité possédaient une bonne connaissance de la population cible et de leurs besoins. Un sentiment d'appartenance envers le programme a également été favorisé, ce qui contribuera sans doute à une meilleure implantation et pérennité du programme.

En définitive, le programme conserve une vision holistique et positive de la sexualité, inspirée du modèle de Robinson *et al.* (2002), de même que son objectif comportemental, ses déterminants personnels et externes et sa logique interne. Ce premier volet apporte une meilleure compréhension de l'adaptation culturelle d'un programme d'intervention sexologique dans le contexte québécois.

Le deuxième volet s'articule autour de l'évaluation de l'implantation et des effets du programme adapté. Le degré d'implantation élevé, autant en ce qui concerne les rencontres du programme que ces activités, de même que la perception subjective de l'atteinte des objectifs par l'animatrice et les coanimatrices témoignent de la réussite de son adaptation. Plusieurs facteurs contextuels rapportés par cette recherche expliquent ce succès. Entre autres, se retrouvent la bonne relation entre les participantes et les animatrices, les compétences et la maîtrise du programme par ces dernières, la dynamique de groupe positive entre les participantes et les milieux chaleureux et intimes où se sont déroulées les rencontres. Néanmoins, l'échec de l'implantation du programme dans un des organismes témoigne de futurs obstacles à surmonter pour assurer la pérennité de ce programme. Notamment, un meilleur recrutement, les nombreux retards et absences des participantes et l'ajout de thématiques interpellant davantage les FVVIH, particulièrement celles qui ont mis de côté leur sexualité et qui ne se sentent plus concernées par les notions sur la santé reproductive. Des recommandations ont également été formulées pour s'assurer que le programme réponde davantage aux attentes des FVVIH. Mis à part cet aspect, l'appréciation des participantes à l'égard de l'ensemble du programme demeure élevée.

À cet effet, le programme semble avoir eu plusieurs répercussions bénéfiques sur la santé sexuelle et reproductive des FVVIH, dont une augmentation de leurs connaissances dans ce domaine, un sentiment de mieux-être psychologique et le développement d'habiletés sur la communication et l'affirmation de leurs besoins. De surcroît, cette recherche pallie aux manques de ressources sur la santé sexuelle et reproductive des FVVIH au Québec. Par ailleurs, la formule des rencontres et la composition des groupes semblent avoir un grand impact auprès des FVVIH, puisqu'elles retirent différents bénéfices dans le partage de leur vécu et le fait de se retrouver entre elles.

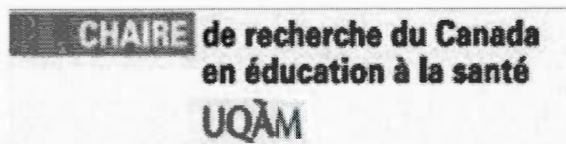
D'une part, par les différentes sources de données recueillies tout au long de cette recherche, ce mémoire offre une meilleure compréhension des enjeux entourant l'implantation d'un programme d'intervention sexologique et contribue à mieux discerner les besoins des FVVIH qui ont participé au programme. D'autre part, à partir des recommandations qui ont été émises par ce mémoire, le programme sera bonifié, implanté et évalué plus rigoureusement à l'échelle provinciale grâce au projet de recherche communautaire « au-delà du VIH: être femme plurielle » qui sera menée par la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé pour les trois prochaines années. En ce sens, d'autres FVVIH confrontées aux nombreuses difficultés relatives à leur santé sexuelle et reproductive se verront offrir un programme qui les aidera à surmonter plusieurs de leurs besoins.

APPENDICE A

LETTRE EXPLICATIVE DU PROJET DE RECHERCHE

Montréal, 16 novembre 2012

Monsieur, Madame



Objet : La présente lettre vise à vous informer de mon projet de mémoire portant sur la santé sexuelle et reproductive des FVVIH du Québec et à solliciter votre collaboration à celui-ci.

Sexologue bachelière, j'entame actuellement ma deuxième année à la maîtrise en sexologie, profil recherche-intervention avec mémoire. C'est avec grand intérêt et joie que, depuis un an, je travaille à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES), dont Mme Joanne Otis est titulaire. Mme Otis est également ma directrice de mémoire, ce qui m'a amenée, depuis le début de ma maîtrise, à travailler à la CReCES sur le projet *Partenariat pour améliorer la santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH au Mali*. En partenariat avec ARCAD-Sida (Mali), La Coalition PLUS (France) et la COCQ-Sida, nous avons donc rédigé et élaboré un guide visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive des FVVIH du Mali. Conscientes qu'au Québec, l'adaptation, l'implantation et l'évaluation d'un tel programme apporteraient plusieurs bénéfices autant pour la population cible que pour les organismes travaillant auprès de cette population, nous avons rédigé une demande de subvention aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en octobre dernier pour laquelle vous avez signifié votre appui. Par ailleurs, mon mémoire de maîtrise s'inscrit dans cette lignée. Mon objectif est de pouvoir faire une première adaptation culturelle du programme et la valider auprès de deux groupes constitués de FVVIH, idéalement en collaboration avec deux organismes différents. Cette recherche serait donc une étape préalable au projet de recherche soumis aux IRSC.

Plus spécifiquement, le programme a pour objectif d'améliorer le bien-être affectif et sexuel des FVVIH. À la fin des rencontres, les participantes auront développé divers savoirs, habiletés et attitudes qui leur permettront de prendre en main leur santé sexuelle et reproductive et de se sentir mieux dans leur sexualité. Les thématiques qui seront couvertes sont : 1) les rôles sociosexuels de la femme; 2) le bien-être sexuel et affectif; 3) l'impact du VIH sur sa sexualité; 4) l'acceptation de son statut sérologique au VIH; 5) les stratégies de communication; 6) le partage de son statut sérologique; 7) les stratégies de persuasion pour répondre à ses besoins sexuels et affectifs; 8) la santé reproductive; 9) les techniques de satisfaction sexuelle et 10) la féminité et l'intégration de ses identités.

Pour réaliser ce projet, je sollicite votre participation à faire partie du comité consultatif (CC) qui permettra d'adapter culturellement le programme à la réalité québécoise. Vous aurez à vous présenter à 4 rencontres de groupe de trois heures chacune qui viseront à revoir chacune des rencontres du programme et à recueillir vos commentaires pour l'améliorer et l'adapter aux femmes d'ici. Vos connaissances et expériences auprès de la population cible seront un atout majeur pour le succès de cette étape primordiale au projet. Avant chaque rencontre, un ordre du jour vous sera fourni, ainsi que des documents à lire pour rendre les rencontres productives. Selon vos emplois du temps, deux rencontres pourraient avoir lieu avant les fêtes et les deux autres en janvier. Étant donné que ce projet fait partie de mon cheminement académique, il n'y aura pas de fonds qui vous seront remis pour votre participation au comité.

Au cours des prochains jours, je prendrai l'initiative de vous rejoindre personnellement pour discuter de votre intérêt et disponibilité, répondre à vos questions s'il y a lieu et fixer une date pour une première rencontre de groupe. Entre temps, je vous invite à me contacter directement aux coordonnées ci-dessous. Il me fera plaisir de répondre à l'ensemble de vos questions.

Recevez, Monsieur, Madame, mes sincères salutations.

Sandrine St-Pierre-Gagné

(514) 987-3000 poste 1374 (lundi et mardi avant-midi)

Courriel : sandrine_stpierreagne@hotmail.com

APPENDICE B

PLAN D'IMPLANTATION

Plan d'implantation (hiver 2013)
Implantation du programme « La femme dans tous ses états »

Informations générales

Prénom / Nom de l'intervenant(e) responsable du projet dans le milieu :

Organisme / Institution :

Prénom / Nom du directeur général/directrice générale :

Détermination du plan d'action (modalité, date, personne présente) :

Implantation du programme

Session envisagée :

Groupe, format de l'animation, horaire :

Démarches (réalisées ou à réaliser) :

- Clientèle ciblée

- Préparation des animations (prévoir le local, rafraichissements et collation, autres incitatifs – gardiennage, billets de métro, etc.) :

- Implantation
 - L'implantation du programme aura lieu du

 - Formules et jours des rencontres (par ex. hebdomadaire, à tous les jeudis)

- Groupe formé de ____ participantes.

- Co-animation

APPENDICE C

DÉPLIANT EXPLICATIF



Implication

Étant donné que vous participez à un programme qui sera évalué dans le cadre d'un projet de recherche (mémoire d'une étudiante), vous aurez à remplir un questionnaire avant de participer au programme et un autre, lors de la dernière rencontre. Vous devrez également participer à des bilans évaluatifs à la fin de chaque rencontre et une plénière évaluative qui permettront de mettre en lumière vos apprentissages et votre perception du programme.

Respect de la confidentialité et anonymat

Votre participation est libre et volontaire. De plus, les informations vous concernant seront gardées confidentielles, c'est-à-dire que votre nom ne figurera nulle part et personne ne pourra vous identifier.

Inscription

Vous pouvez communiquer avec la responsable du projet ou votre organisme.



Responsable du projet
Sandrine St-Pierre-Gagné, étudiante
à la maîtrise en sexologie
Travail : 514-987-3000 poste 1374
Courriel :
sandrine_stpierre@gagne@hotmail.com

La femme dans tous ses états !



Programme sur le bien-être et la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH/sida

CHAIRE de recherche du Canada
en éducation à la santé
UQAM



Description du programme

Le programme vise à améliorer votre bien-être et votre qualité de vie en tant que femme. Plus précisément, à la fin des rencontres vous aurez développé divers savoirs, habiletés et attitudes qui vous permettront de vous sentir mieux comme femme. Vous ferez partie d'un petit groupe de femmes.

Parmi les thématiques qui seront abordées se retrouvent* :

- * Le bien-être affectif et sexuel
- * Les différents rôles de la femme dans les sphères de sa vie (mère, professionnelle, amoureuse, etc.)
- * L'impact du VIH
- * L'acceptation de son statut sérologique au VIH
- * Les stratégies de communication
- * Le dévoilement de son statut sérologique au VIH
- * Les techniques de satisfaction sexuelle
- * La féminité
- * L'estime de soi

Suis-je admissible ?

Pour pouvoir être admise au programme, vous devez répondre à ces critères

- * Avoir au minimum 18 ans
- * Être disponible pour suivre l'ensemble des rencontres
- * Avoir le désir d'échanger sur l'impact du VIH, son bien-être sexuel et affectif et sa féminité
- * Être préoccupée par des questions en lien avec la féminité et son bien-être.

APPENDICE D

QUESTIONNAIRE PRÉPROGRAMME

ÉVALUATION DU PROGRAMME
« LA FEMME DANS TOUS SES ÉTATS »

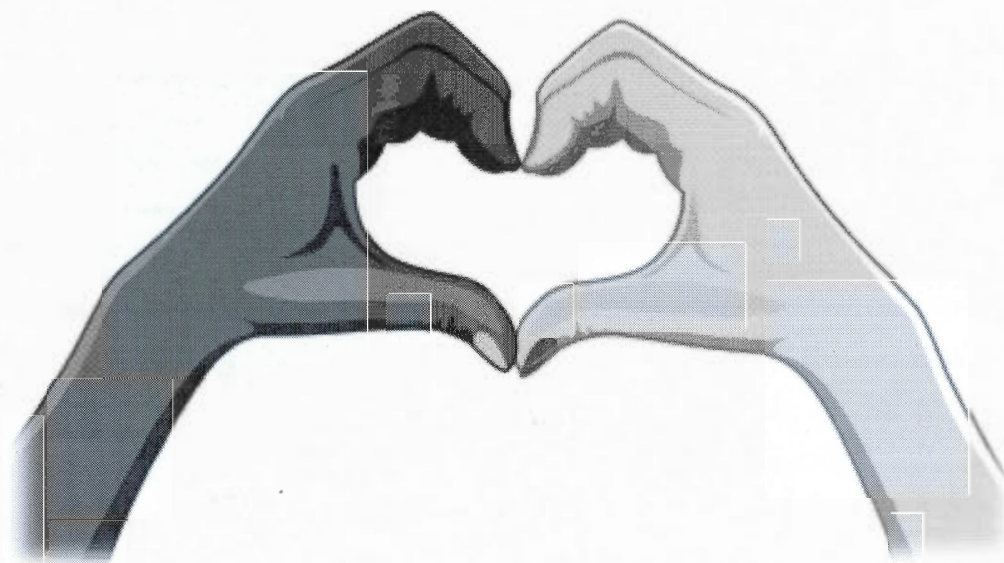


Image téléchargé sur digitalart at FreeDigitalPhotos.net

QUESTIONNAIRE PRÉ-PROGRAMME

INTRODUCTION

Chère participante,

« La femme dans tous ses états » est un programme sur le bien-être affectif et sexuel et la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH/sida au Québec. Il s'adresse aux femmes intéressées à :

- * Échanger sur l'impact du VIH sur leur bien-être, la féminité et la sexualité.
- * Développer des aptitudes et des habiletés pour améliorer leur bien-être affectif et sexuel.
- * Se doter d'outils pour se sentir mieux dans leurs identités de femme.

Ce questionnaire est complètement ANONYME. Il cherche à explorer et à mieux comprendre votre réalité, ainsi qu'à faire le point avec vous sur les dimensions relatives à votre bien-être affectif et sexuel.

Nous vous rappelons que votre collaboration est extrêmement précieuse et que vous êtes LIBRE d'y participer. Par votre participation, vous contribuerez à l'amélioration des programmes adaptés au vécu des femmes vivant avec le VIH.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec nous en toute confidentialité :

Joanne Otis, Ph.D., titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé
514-987-3000 #7874

Sandrine St-Pierre-Gagné, sexologue B.A., candidate à la maîtrise
514-987-3000 #1374
sandrine_stpierre_gagne@hotmail.com

IMPORTANT

Donnez-vous un code personnel qui sera également utile lorsque vous répondrez à d'autres questionnaires. Ce code, connu de vous seule, protège votre anonymat. Il nous permettra, éventuellement, de mettre ensemble vos questionnaires, mais sans connaître votre identité.

Pour créer votre code personnel, il est essentiel :

1. D'indiquer le jour et le mois de votre date de naissance.
Exemple : 22 avril = 22 - 04
2. D'indiquer les deux premières lettres de votre prénom.
Exemple : Charline = CH
3. Inscrivez votre code personnel dans les cases suivantes :

□□□□□□

2	2	0	4	C	H
---	---	---	---	---	---

Exemple :

Après avoir rempli ce questionnaire, vous devez le remettre à votre intervenant(e) qui le déposera dans une enveloppe, qui sera ensuite scellée. Ceci préservera l'anonymat.

* Merci infiniment de votre participation *

SECTION 1
Données sociodémographiques

Cette section permet d'obtenir une meilleure description des participantes. Les réponses resteront strictement confidentielles.

- 1.1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?
- ☐ 18 à 30 ans ☐ 41 à 50 ans
☐ 31 à 40 ans ☐ 50 ans et plus
- 1.2. Quelle est votre langue maternelle (la langue que vous avez apprise en premier)?
- ☐ Français ☐ Autant le français que l'anglais
☐ Anglais ☐ Autre _____
- 1.3. Quel a été votre revenu brut de votre ménage* l'année dernière (revenu approximatif de toutes provenances, avant impôt)?
- * votre revenu plus celui de votre partenaire (si vous avez un partenaire)
- ☐ Moins de 10 000\$ ☐ Entre 30 000 et 39 999\$
☐ Entre 10 000 et 19 999\$ ☐ 40 000\$ et plus
☐ Entre 20 000 et 29 999\$
- 1.4. En ce moment, quelle est votre occupation principale (cochez le choix qui caractérise le mieux votre situation)?
- ☐ Étudiante ☐ Sans emploi
☐ Travail à temps plein ☐ Femme au foyer
☐ Travail à temps partiel ☐ Autre _____
- 1.5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité?
- ☐ Études primaires ☐ Études universitaires
☐ Études secondaires ☐ Autre _____
☐ Études collégiales
- 1.6. En ce moment, quel est votre état civil?
- ☐ Célibataire/divorcée/séparée (passez à la question 1.8)
☐ En couple/union de fait/mariée (passez à la question suivante)
- 1.7. Si vous êtes actuellement en relation de couple...
- a) Est-ce que votre partenaire est infecté au VIH?
- ☐ non ☐ je ne le sais pas
☐ oui
- b) Est-ce que votre partenaire sait que vous avez le VIH?
- ☐ non ☐ je ne le sais pas
☐ oui

c) Est-ce que vous habitez avec votre partenaire?

- ☐ non
☐ oui

1.8. Avez-vous des enfants?

- ☐ non (passez à la question 1.9)
☐ oui

- a) Combien? _____
 b) Parmi ceux-ci, combien vivent avec le VIH? _____
 c) Parmi ceux-ci, combien savent que vous avez le VIH? _____

1.9. À quel endroit êtes-vous née?

- ☐ Afrique ☐ Caraïbes
☐ Haïti ☐ Autre _____
☐ Canada (passez à la question 1.10)

1.9.1. Depuis combien d'années habitez-vous au Canada?
 _____ ans.

1.10. À quel groupe ethnoculturel appartenez-vous (ex. québécoise, haïtienne, congolaise, etc.)?

1.11. Depuis combien de temps connaissez-vous votre statut sérologique au VIH? _____ ans.

1.12. Présentement, prenez-vous des médicaments antirétroviraux?

- ☐ non
☐ oui, depuis combien de temps? _____ ans.

1.13. Comment qualifiez-vous votre état de santé actuel sur le plan physique?

- ☐ Très mauvais ☐ Bon
☐ Mauvais ☐ Très bon
☐ Passable

1.14. Comment qualifiez-vous votre état de santé actuel sur le plan psychologique?

- ☐ Très mauvais ☐ Bon
☐ Mauvais ☐ Très bon
☐ Passable

1.15. Quelle est votre orientation sexuelle?

- ☐ hétérosexuelle ☐ bisexuelle
☐ homosexuelle ☐ Autre _____

SECTION 2
Ma sexualité¹

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez lequel vous ressemble le plus en encrant le chiffre approprié entre : (1) ne me ressemble pas du tout; (2) me ressemble très peu; (3) me ressemble un peu; (4) me ressemble modérément; (5) me ressemble beaucoup ; (6) me ressemble tout à fait.

Si vous n'avez pas de partenaire, répondez en vous basant sur la façon dont vous êtes habituellement dans un contexte de relation de couple. Si vous avez un(e) partenaire, répondez en fonction de ce qui se rapproche le plus de votre réalité actuelle.

NOTE : N'oubliez pas de répondre à toutes les questions et ce, même si vous n'êtes pas complètement certaine. Vos réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	Ne me ressemble pas du tout 1	Me ressemble très peu 2	Me ressemble un peu 3	Me ressemble modérément 4	Me ressemble beaucoup 5	Me ressemble tout à fait 6
2.1. Je suis en mesure de répondre à tous les besoins et les désirs sexuels que je ressens.						1 2 3 4 5 6
2.2. Je suis très consciente de mes sentiments et de mes besoins sur le plan sexuel.						1 2 3 4 5 6
2.3. Je suis motivée à éviter de m'engager dans des comportements sexuels à risque (par exemple des rapports sexuels non protégés).						1 2 3 4 5 6
2.4. Je suis très affirmative à propos des aspects sexuels de ma vie.						1 2 3 4 5 6
2.5. Je m'attends à ce que les aspects sexuels de ma vie soient positifs et enrichissants à l'avenir.						1 2 3 4 5 6
2.6. Si je vivais un problème sexuel, je serais moi-même en contrôle de la résolution ou non du problème.						1 2 3 4 5 6
2.7. Je suis fière de la façon dont je prends en charge mes propres besoins et désirs sexuels.						1 2 3 4 5 6

¹Traduction libre « The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire » (Snell, 1995)

	Ne me ressemble pas du tout 1	Me ressemble très peu 2	Me ressemble un peu 3	Me ressemble modérément 4	Me ressemble beaucoup 5	Me ressemble tout à fait 6
2.8. Je suis satisfaite de la façon dont mes besoins sexuels sont actuellement comblés.						1 2 3 4 5 6
2.9. Mes comportements sexuels sont largement influencés par d'autres personnes plus puissantes et influentes que moi.						1 2 3 4 5 6
2.10. Si je fais attention, je serai en mesure de m'éviter d'avoir des problèmes sexuels.						1 2 3 4 5 6
2.11. Je suis en grande partie responsable de ma sexualité.						1 2 3 4 5 6
2.12. Je suis suffisamment compétente pour m'assurer que mes besoins sexuels soient comblés.						1 2 3 4 5 6
2.13. Je suis entièrement consciente de mes besoins et de mes désirs sexuels.						1 2 3 4 5 6
2.14. Je suis motivée à éviter d'avoir des comportements sexuels à risque (par exemple, l'exposition à des infections transmissibles sexuellement et par le sang).						1 2 3 4 5 6
2.15. Je n'exprime pas directement mes besoins et préférences sexuelles.						1 2 3 4 5 6
2.16. Je crois qu'à l'avenir, les aspects sexuels de ma vie seront sains et positifs.						1 2 3 4 5 6
2.17. Si je vivais un problème sexuel, mon propre comportement déterminerait l'issue de la situation.						1 2 3 4 5 6
2.18. Je suis fière de la façon dont je gère mes propres désirs sexuels.						1 2 3 4 5 6
2.19. Je suis satisfaite de mon propre épanouissement sexuel.						1 2 3 4 5 6
2.20. Mes comportements sexuels sont largement contrôlés par d'autres personnes que moi-même (par exemple, mon partenaire, mes amis ou ma famille).						1 2 3 4 5 6
2.21. Je peux plutôt bien éviter d'avoir des problèmes sexuels en prenant soin de moi-même.						1 2 3 4 5 6
2.22. Les aspects sexuels de ma vie sont largement déterminés par mes propres comportements.						1 2 3 4 5 6

Ne me ressemble pas du tout 1	Me ressemble très peu 2	Me ressemble un peu 3	Me ressemble modérément 4	Me ressemble beaucoup 5	Me ressemble tout à fait 6
2.23. J'ai la capacité et les habiletés pour faire en sorte que mes comportements sexuels soient gratifiants pour moi-même.					1 2 3 4 5 6
2.24. J'ai tendance à réfléchir à mes propres croyances et attitudes sexuelles.					1 2 3 4 5 6
2.25. Je veux éviter de m'engager dans des comportements sexuels qui m'exposeraient à des risques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang.					1 2 3 4 5 6
2.26. Je suis passive dans l'expression de mes propres désirs sexuels.					1 2 3 4 5 6
2.27. Je ne m'attends pas à vivre de la frustration ou des problèmes sexuels dans le futur.					1 2 3 4 5 6
2.28. Si je venais à vivre une sexualité inadéquate, je serais moi-même responsable d'améliorer la situation.					1 2 3 4 5 6
2.29. Je suis satisfaite avec la manière dont je gère mes propres comportements sexuels.					1 2 3 4 5 6
2.30. Les aspects sexuels de ma vie sont personnellement gratifiants pour moi.					1 2 3 4 5 6
2.31. Mes comportements sexuels sont déterminés par les actions d'autres personnes plus puissantes que moi (par exemple, mon partenaire, mes amis ou ma famille).					1 2 3 4 5 6
2.32. Je n'ai qu'à faire attention à moi-même afin d'éviter les problèmes sexuels dans l'avenir.					1 2 3 4 5 6
2.33. Je suis responsable et en mesure de contrôler les aspects sexuels de ma vie.					1 2 3 4 5 6
2.34. Je suis capable de gérer mes propres besoins et désirs sexuels.					1 2 3 4 5 6
2.35. Je suis très attentive aux changements dans mes pensées, sentiments et désirs sur le plan sexuel.					1 2 3 4 5 6
2.36. J'ai vraiment envie de ne pas m'exposer à des infections transmissibles sexuellement et par le sang.					1 2 3 4 5 6
2.37. Je n'hésite pas à exiger ce que je veux dans une relation sexuelle.					1 2 3 4 5 6
2.38. Je vais probablement rencontrer des problèmes sexuels dans l'avenir.					1 2 3 4 5 6

Ne me ressemble pas du tout 1	Me ressemble très peu 2	Me ressemble un peu 3	Me ressemble modérément 4	Me ressemble beaucoup 5	Me ressemble tout à fait 6
2.39. Si je développe des problèmes sexuels, mon rétablissement dépendra principalement de comment je vais les prendre en charge.					1 2 3 4 5 6
2.40. Je perçois positivement la manière dont j'aborde mes propres besoins et désirs sexuels.					1 2 3 4 5 6
2.41. Les aspects sexuels de ma vie sont satisfaisants, comparativement à la plupart des gens.					1 2 3 4 5 6
2.42. Pour être sexuellement active, je dois me conformer à d'autres personnes plus influentes que moi.					1 2 3 4 5 6
2.43. Je serai capable d'éviter les problèmes sexuels si je prends soin de moi-même.					1 2 3 4 5 6
2.44. Mes propres actions sont le principal facteur qui affecte les aspects sexuels de ma vie.					1 2 3 4 5 6
2.45. J'ai la capacité de prendre soin de mes propres besoins et désirs sexuels.					1 2 3 4 5 6
2.46. Je suis très consciente des aspects sexuels de ma vie (par exemple, mes habitudes, mes pensées ou croyances sexuelles).					1 2 3 4 5 6
2.47. Je suis très motivée à éviter toute activité sexuelle qui pourrait m'exposer à des infections transmissibles sexuellement et par le sang.					1 2 3 4 5 6
2.48. Quand il s'agit de sexualité, j'ai l'habitude d'exiger ce que je veux.					1 2 3 4 5 6
2.49. J'anticipe qu'à l'avenir, les aspects sexuels de ma vie vont susciter de la frustration.					1 2 3 4 5 6
2.50. Si je développe un problème sexuel, mon rétablissement dépendra de la façon dont je gère la situation.					1 2 3 4 5 6
2.51. Je me sens bien par rapport à la façon dont j'exprime mes propres désirs et besoins sexuels.					1 2 3 4 5 6
2.52. Je suis satisfaite des aspects sexuels de ma vie.					1 2 3 4 5 6

Ne me ressemble pas du tout 1	Me ressemble très peu 2	Me ressemble un peu 3	Me ressemble modérément 4	Me ressemble beaucoup 5	Me ressemble tout à fait 6
2.53. Mes comportements sexuels sont principalement déterminés par des gens qui ont de l'influence ou qui exercent un contrôle sur moi.					
2.54. Si je fais particulièrement attention, je serai en mesure d'éviter d'avoir des problèmes sexuels.					
2.55. Je suis moi-même responsable de ma sexualité.					

SECTION 3
Estime et acceptation²

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez lequel correspond le plus à votre opinion en encerclant le chiffre approprié entre : (1) totalement en désaccord; (2) très en désaccord; (3) plutôt en désaccord; (4) plutôt en accord; (5) très en accord ; (6) totalement en accord.

Si vous n'avez pas de partenaire, répondez en vous basant sur la façon dont vous êtes habituellement dans un contexte de relation de couple.

Si vous avez un(e) partenaire, répondez en fonction de ce qui se rapproche le plus de votre réalité actuelle.

NOTE : N'oubliez pas de répondre à toutes les questions et ce, même si vous n'êtes pas complètement certaine. Vos réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1.1. En tant que femme vivant avec le VIH/sida ...

Totalement en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Totalement en accord
1	2	3	4	5	6
a) Je pense que je suis une personne de valeur au moins égale à n'importe qui d'autre					1 2 3 4 5 6
b) Dans l'ensemble, je suis satisfaite de moi					1 2 3 4 5 6
c) J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même					1 2 3 4 5 6
d) Parfois je me sens vraiment inutile					1 2 3 4 5 6

² Vallières et Vallerand, 1990, p. 309.

1.2. En tant que femme citoyenne/professionnelle...

Totalement en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Totalement en accord
1	2	3	4	5	6
a) Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités					1 2 3 4 5 6
b) Dans l'ensemble, je suis satisfaite de moi					1 2 3 4 5 6
c) J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même					1 2 3 4 5 6
d) Parfois je me sens vraiment inutile					1 2 3 4 5 6

1.3. En tant que femme responsable du foyer/mère...

Totalement en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Totalement en accord
1	2	3	4	5	6
a) Je pense que je suis une personne de valeur au moins égale à n'importe qui d'autre					1 2 3 4 5 6
b) Dans l'ensemble, je suis satisfaite de moi					1 2 3 4 5 6
c) J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même					1 2 3 4 5 6
d) Parfois je me sens vraiment inutile					1 2 3 4 5 6

1.4. En tant que femme amante/amoureuse/épouse/conjointe...

Totalement en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Totalement en accord
1	2	3	4	5	6
a) Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités					1 2 3 4 5 6
b) Dans l'ensemble, je suis satisfaite de moi					1 2 3 4 5 6
c) J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même					1 2 3 4 5 6
d) Parfois je me sens vraiment inutile					1 2 3 4 5 6

SECTION 4
Communication avec un(e) partenaire³

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez lequel correspond le plus à votre opinion en encerclant le chiffre approprié entre : (1) totalement en désaccord; (2) très en désaccord; (3) plutôt en désaccord; (4) plutôt en accord; (5) très en accord ; (6) totalement en accord.

Si vous n'avez pas de partenaire, répondez en vous basant sur la façon dont vous êtes habituellement dans un contexte de relation de couple.

Si vous avez un(e) partenaire, répondez en fonction de ce qui se rapproche le plus de votre réalité actuelle.

NOTE : N'oubliez pas de répondre à toutes les questions et ce, même si vous n'êtes pas complètement certaine. Vos réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Totalement en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Totalement en accord
1	2	3	4	5	6
4.1	Certaines questions sexuelles sont trop contraignantes pour être discutées avec mon(ma) partenaire sexuel(le).				1 2 3 4 5 6
4.2	Mon(ma) partenaire n'a pas de difficulté à me parler de ses désirs et ses sentiments sur le plan sexuel.				1 2 3 4 5 6
4.3	Parler de sexualité est une expérience satisfaisante pour nous deux.				1 2 3 4 5 6
4.4	J'ai peu de difficultés à parler à mon(ma) partenaire de ce que je peux ou ne peux pas faire sexuellement.				1 2 3 4 5 6

SECTION 5
Utilisation du condom⁴

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez lequel correspond le plus à votre opinion en encerclant le chiffre approprié entre : (1) totalement en désaccord; (2) très en désaccord; (3) plutôt en désaccord; (4) plutôt en accord; (5) très en accord ; (6) totalement en accord.

Si vous n'avez pas de partenaire, répondez en vous basant sur la façon dont vous êtes habituellement dans un contexte de relation de couple.

Si vous avez un(e) partenaire, répondez en fonction de ce qui se rapproche le plus de votre réalité actuelle.

NOTE : N'oubliez pas de répondre à toutes les questions et ce, même si vous n'êtes pas complètement certaine. Vos réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Totalement en désaccord 1	Très en désaccord 2	Plutôt en désaccord 3	Plutôt en accord 4	Très en accord 5	Totalement en accord 6
5.1.	C'est très difficile d'évoquer l'utilisation du condom ou de la digue dentaire avec mon(ma) partenaire.				1 2 3 4 5 6
5.2.	Utiliser le condom ou la digue dentaire interrompt les préliminaires.				1 2 3 4 5 6
5.3.	Je me sens toujours très inconfortable quand j'achète des condoms ou des digues dentaires.				1 2 3 4 5 6
5.4.	Quand je suggère d'utiliser le condom ou la digue dentaire, je suis presque toujours embarrassée.				1 2 3 4 5 6
5.5.	Les condoms ou les digues dentaires gâchent l'acte sexuel.				1 2 3 4 5 6
5.6.	Je ne pense pas que le fait d'acheter des condoms ou des digues dentaires soit gênant.				1 2 3 4 5 6
5.7.	C'est vraiment embarrassant d'acheter des condoms ou des digues dentaires.				1 2 3 4 5 6
5.8.	Il est facile de suggérer à mon(ma) partenaire d'utiliser le condom ou la digue dentaire.				1 2 3 4 5 6

⁴ Traduction libre « The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale » (Helweg-Larsen et Collins, 1994).

Totalement en désaccord 1	Très en désaccord 2	Plutôt en désaccord 3	Plutôt en accord 4	Très en accord 5	Totalement en accord 6
5.9. Les condoms ou les digues dentaires sont très plaisants.					1 2 3 4 5 6
5.10. Je ne sais jamais quoi dire quand mon(ma) partenaire et moi devons parler de condoms ou des autres moyens de protection.					1 2 3 4 5 6
5.11. Il serait embarrassant d'être vu en train d'acheter des condoms ou des digues dentaires dans un magasin.					1 2 3 4 5 6
5.12. L'utilisation du condom ou de la digue dentaire peut rendre la sexualité plus stimulante.					1 2 3 4 5 6
5.13. Je suis confortable de parler de l'utilisation du condom ou de la digue dentaire avec mon(ma) partenaire.					1 2 3 4 5 6
5.14. Quand j'ai besoin de condom ou de digues dentaires, j'appréhende souvent le fait de devoir en obtenir.					1 2 3 4 5 6
5.15. Les condoms ou les digues dentaires sont inconfortables pour les deux partenaires.					1 2 3 4 5 6

SECTION 6
Dévoilement du statut sérologique au VIH³

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez lequel correspond le plus à votre opinion en encerclant le chiffre approprié entre : (1) totalement en désaccord; (2) très en désaccord; (3) plutôt en désaccord; (4) plutôt en accord; (5) très en accord; (6) totalement en accord.

Si personne (ou presque personne) ne sait que vous avez le VIH, il sera peut-être difficile de répondre à certains des énoncés. Pour ces énoncés, donnez ce que serait votre opinion si les gens savaient que vous avez le VIH.

NOTE : N'oubliez pas de répondre à toutes les questions et ce, même si vous n'êtes pas complètement certaine. Vos réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Totalement en désaccord 1	Très en désaccord 2	Plutôt en désaccord 3	Plutôt en accord 4	Très en accord 5	Totalement en accord 6
6.1.	Dans plusieurs sphères de ma vie, personne ne sait que j'ai le VIH.				1 2 3 4 5 6
6.2.	C'est risqué de dire à quelqu'un que j'ai le VIH.				1 2 3 4 5 6
6.3.	Je travaille fort pour garder le secret sur mon statut sérologique au VIH.				1 2 3 4 5 6
6.4.	Je fais très attention à qui je vais dire que j'ai le VIH.				1 2 3 4 5 6
6.5.	Je ne sens jamais le besoin de cacher le fait que j'ai le VIH.				1 2 3 4 5 6
6.6.	Je suis inquiète que les gens me jugent en apprenant que j'ai le VIH.				1 2 3 4 5 6
6.7.	Je suis inquiète que les personnes qui savent que j'ai le VIH le disent à d'autres.				1 2 3 4 5 6
6.8.	J'ai dit à mes proches de garder le secret sur mon statut sérologique au VIH.				1 2 3 4 5 6

³ Berger, Ferrans et Lashley (2001). Dans Godin, G., Otis, J. et le groupe d'étude MAYA (2003).

Si vous avez des commentaires et/ou des questions, inscrivez-les ici:

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Berger, B., Ferrans, C.E. et Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people with HIV : Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing and Health*, 24, 518-529. Dans Godin, G., Otis, J. et le groupe d'étude MAYA (2003). Questionnaire de la recherche intitulée « Étude longitudinale de l'état de santé, de la qualité de vie et des comportements de prévention chez les personnes vivant avec le VIH : dimensions psychosociales et environnementales », subventionnée par les IRSC.

Catania, J. A. (2011). Dyadic Sexual Communication Scale. Dans Fisher, T.D., Clive, M.D., Yarber, W.L. et Davis, S.L. (ed.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (3^e ed.) (p. 130-132). New York et London : Routledge Taylor & Francis Group.

Helweg-Larsen, M. et Collins, B.E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale : Documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13, 224-237.

Snell, W. E., Jr. (1995). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. Dans Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L. et Davis, S. L. (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (3^e édition) (p. 537-540). New York : Routledge.

Vallières, E.V. et Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.

APPENDICE E

JOURNAL DE BORD

Journal de bord « La femme dans tous ses états : programme visant l'amélioration du bien-être affectif et sexuel des femmes vivant avec le VIH/sida au Québec »






Rencontre 1 : « L'accueil »

Date : _____
 Durée de la rencontre : _____
 Lieu ou organisme : _____
 Surnoms des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
1.1. Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Intérêt à une rencontre facultative avec leur partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Formulaire de consentement et questionnaire pré-programme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Règle de fonctionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Activité 1 La trousse de la féminité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

Activités						Commentaires/Explications AU BESOIN
2.6. Activité 1 La trousse de la féminité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	






Rencontre 2 : « Femme, unique et plurielle »

Date : _____
 Durée de la rencontre : _____
 Lieu ou organisme : _____
 Surnoms des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
1.1. Accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Présentation du thème et des objectifs de la rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Election d'une responsable de groupe et bâton de la parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Activité 1 La mosaïque de mes rôles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Activité 2 Discussion sur ce qu'est la sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

Activités						Commentaires/ Explications AU BESOIN
2.4. Activité 1 La mosaïque de mes rôles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5. Activité 2 Discussion sur ce qu'est la sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. En général, les activités de cette rencontre ont-elles permis d'atteindre cet objectif?

Objectifs Grâce à cette rencontre, les participantes seront en mesure de...	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
3.1. Se positionner comme femme dans leurs divers rôles sociosexuels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Quels sont les éléments qui ont pu entraver ou faciliter le déroulement de l'intervention, selon les catégories suivantes?

Catégories	Facteurs facilitateurs	Facteurs défavorables
4.1. En lien avec le rôles de l'animatrice et de la coanimatrice (aisance envers les thèmes, savoirs et connaissances, etc.)		
4.2. En lien avec les participantes (refus de participer à des activités, gêne, manque de concentration, etc.)		
4.3. En lien avec l'environnement (bruits, éclairage, matériel audiovisuel défectueux, etc.)		

5. Commentaires afin d'améliorer cette rencontre?






Rencontre 3 : « Être bien dans sa tête et dans sa peau »

Date : _____
 Durée de la rencontre : _____
 Lieu ou organisme : _____
 Surnoms des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
1.1. Accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Présentation du thème et des objectifs de la rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Activité 1 Imagerie mentale sur un moment de bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Activité 2 Ma mosaïque pour faire le lien entre nos divers rôles et notre bien-être affectif et sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Préparation pour la rencontre e 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

Activités						Commentaires/Explications AU BESOIN
2.3. Activité 1 Imagerie mentale sur un moment de bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4. Activité 2 Ma mosaïque pour faire le lien entre nos divers rôles et notre bien-être affectif et sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. En général, les activités de cette rencontre ont-elles permis d'atteindre ses objectifs?

<u>Objectifs</u> Grâce à cette rencontre, les participantes seront en mesure de...	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
3.1. Clarifier leur sentiment de bien-être affectif et sexuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2. Etablir les liens entre leurs propres rôles sociosexuels et leur sentiment de bien-être affectif et sexuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Quels sont les éléments qui ont pu entraver ou faciliter le déroulement de l'intervention, selon les catégories suivantes?

Catégories	Facteurs facilitateurs	Facteurs défavorables
4.1. En lien avec le rôle de l'animatrice et de la coanimatrice (aisance envers les thèmes, savoirs et connaissances, etc.)		
4.2. En lien avec les participantes (refus de participer à des activités, gêne, manque de concentration, etc.)		
4.3. En lien avec l'environnement (bruits, éclairage, matériel audiovisuel défectueux, etc.)		

5. Commentaires afin d'améliorer cette rencontre?

Rencontre 4 : « Le cycle de la féminité »

Date : _____

Durée de la rencontre : _____






Lieu ou organisme : _____

Surnoms des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/ Explications AU BESOIN
1.1. Accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Présentation du thème et des objectifs de la rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Activité é 1 Tout ce que je veux savoir sur le VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Activité 2 Jeu-questionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Activité 3 Discussion sur l'utilisation du condom ou de la digue dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Activité 4 Persuasion de l'utilisation du condom ou de la digue dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

Activités						Commentaires/Explications AU BESOIN
2.3. Activité 1 Tout ce que je veux savoir sur le VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4. Activité 2 Jeu- questionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5. Activité 3 Discussion sur l'utilisation du condom ou de la digue dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6. Activité 4 Persuasion de l'utilisation du condom ou de la digue dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. En général, les activités de cette rencontre ont-elles permis d'atteindre cet objectif?

Objectifs Grâce à cette rencontre, les participantes seront en mesure de...	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
3.1. Connaître les notions de base sur le VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2. Connaître les notions de base sur le cycle menstruel, l'appareil génital féminin, le condom masculin, la grossesse et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3. Identifier des stratégies facilitant l'accessibilité et l'utilisation du condom ou de la digue dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Quels sont les éléments qui ont pu entraver ou faciliter le déroulement de l'intervention, selon les catégories suivantes?

Catégories	Facteurs facilitateurs	Facteurs défavorables
4.1. En lien avec le rôle de l'animatrice et de la coanimatrice (aisance envers les thèmes, savoirs et connaissances, etc.)		
4.2. En lien avec les participantes (refus de participer à des activités, gêne, manque de concentration, etc.)		
4.3. En lien avec l'environnement (bruits, éclairage, matériel audiovisuel défectueux, etc.)		

5. Commentaires afin d'améliorer cette rencontre?

Rencontre 5 : « Être femme au-delà du VIH »

Date : _____

Durée de la rencontre : _____






Lieu ou organisme : _____

Surnoms des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
1.1. Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Présentation du thème et des objectifs de la rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Activité 1 Ma trajectoire de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Activité 2 Plénière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Activité 3 L'acceptation du VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Activité 4 Bilan de l'impact de l'acceptation de mon VIH sur mon bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Activité 5 Technique d'impact du dollar pour identifier la trajectoire d'acceptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

<u>Activités</u>						Commentaires/Explications AU BESOIN
2.3. Activité 1 Ma trajectoire de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4. Activité 2 Plénière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5. Activité 3 L'acceptation du VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6. Activité 4 Bilan de l'impact de l'acceptation de mon VIH sur mon bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7. Activité 5 Technique d'impact du dollar pour identifier la trajectoire d'acceptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. En général, les activités de cette rencontre ont-elles permis d'atteindre cet objectif?

<u>Objectifs</u> Grâce à cette rencontre, les participantes seront en mesure de...	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
3.1. Évaluer dans quelle mesure le VIH est venu moduler leurs identités comme femme et comme être sexué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2. Prendre conscience des liens entre l'acceptation de leur statut séropositif au VIH au VIH et leur bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Quels sont les éléments qui ont pu entraver ou faciliter le déroulement de l'intervention, selon les catégories suivantes?

Catégories	Facteurs facilitateurs	Facteurs défavorables
4.1. En lien avec le rôle de l'animatrice et de la coanimatrice (aisance envers les thèmes, savoirs et connaissances, etc.)		
4.2. En lien avec les participantes (refus de participer à des activités, gêne, manque de concentration, etc.)		
4.3 En lien avec l'environnement (bruits, éclairage, matériel audiovisuel défectueux, etc.)		

5. Commentaires afin d'améliorer cette rencontre?






Rencontre 6 : « Dévoiler mon statut séropositif au VIH ? »

Date : _____
 Durée de la rencontre : _____
 Lieu ou organisme : _____
 Surnoms des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires /Explications AU BESOIN
1.1. Accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Présentation du thème et des objectifs de la rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Activité 1 Discussion des pour et des contre à dévoiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Activité 2 Témoignage sur le plan d'action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Activité 3 Place à celles qui n'ont pas dévoilé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Activité 4 Echange de conseils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Activité 5 La carte à deux facettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8. Synthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

Activités						Commentaires/ Explications AU BESOIN
2.3. Activité 1 Discussion des pour et des contre à dévoiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4. Activité 2 Témoignage sur le plan d'action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5. Activité 3 Place à celles qui n'ont pas dévoilé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6. Activité 4 Echange de conseils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7. Activité 5 La carte à deux facettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. En général, les activités de cette rencontre ont-elles permis d'atteindre cet objectif?

Objectifs Grâce à cette rencontre, les participantes seront en mesure de...	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/ Explications AU BESOIN
3.1. Reconnaître les avantages et inconvénients, les obstacles et les conditions facilitantes au dévoilement et non dévoilement de leur statut séropositif au VIH avec leur partenaire ou leur enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Quels sont les éléments qui ont pu entraver ou faciliter le déroulement de l'intervention, selon les catégories suivantes?

Catégories	Facteurs facilitateurs	Facteurs défavorables
4.1 En lien avec le rôle de l'animatrice et de la coanimatrice (aisance envers les thèmes, savoirs et connaissances, etc.)		
4.2 En lien avec les participantes (refus de participer à des activités, gêne, manque de concentration, etc.)		
4.3 En lien avec l'environnement (bruits, éclairage, matériel audiovisuel défectueux, etc.)		

5. Commentaires afin d'améliorer cette rencontre?

Rencontre 7 : « J'apprends à mieux communiquer »

Date : _____

Durée de la rencontre : _____






Lieu ou organisme : _____

Surveys des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/ Explications AU BESOIN
1.1. Accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Présentation du thème et des objectifs de la rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Activité 1 Introspection.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Activité 2 Technique d'impact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Activité 3 Stratégies pour une bonne communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Activité 4 La vie à deux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Activité 5 Liste de ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

Activités						Commentaires/Explications AU BESOIN
2.3. Activité 1 Introspection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4. Activité 2 Technique d'impact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5. Activité 3 Stratégies pour une bonne communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6. Activité 4 La vie à deux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7. Activité 5 Liste de ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. En général, les activités de cette rencontre ont-elles permis d'atteindre ses objectifs?

Objectifs Grâce à cette rencontre, les participantes seront en mesure de...	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
3.1. Reconnaître leurs besoins sexuels et affectifs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2. Identifier des stratégies de communication pour répondre à leurs besoins sexuels et affectifs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3. Reconnaître leur capacité à rencontrer un(e) partenaire indépendamment de leur statut séropositif au VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Quels sont les éléments qui ont pu entraver ou faciliter le déroulement de l'intervention, selon les catégories suivantes?

Catégories	Facteurs facilitateurs	Facteurs défavorables
4.1. En lien avec le rôle de l'animatrice et de la coanimatrice (aisance envers les thèmes, savoirs et connaissances, etc.)		
4.2. En lien avec les participantes (refus de participer à des activités, gêne, manque de concentration, etc.)		
4.3. En lien avec l'environnement (bruits, éclairage, matériel audiovisuel défectueux, etc.)		

5. Commentaires afin d'améliorer cette rencontre?

Rencontre 8 : « Je veux être satisfaite de ma sexualité »

Date : _____

Durée de la rencontre : _____






Lieu ou organisme : _____

Surnoms des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
1.1. Accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Présentation du thème et des objectifs de la rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Activité 1 Discussion sur la sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Activité 2 Objets de la trousse de la féminité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Activité 3 Zones érogènes de la femme et de l'homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Activité 4 Scénarios sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Activité 5 Obstacles à une relation sexuelle satisfaisante et sécuritaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8. Synthèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9. Préparation pour la prochaine rencontre (animatrice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.10. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

Activités						Commentaires/Explications AU BESOIN
2.3. Activité 1 Discussion sur la sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4. Activité 2 Objets de la trousse de la féminité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5. Activité 3 Zones érogènes de la femme et de l'homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6. Activité 4 Scénarios sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7. Activité 5 Obstacles à une relation sexuelle satisfaisante et sécuritaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. En général, les activités de cette rencontre ont-elles permis d'atteindre cet objectif?

Objectifs Grâce à cette rencontre, les participantes seront en mesure de...	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
3.1. Identifier des techniques contribuant à une meilleure satisfaction sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Quels sont les éléments qui ont pu entraver ou faciliter le déroulement de l'intervention, selon les catégories suivantes?

Catégories	Facteurs facilitateurs	Facteurs défavorables
4.1. En lien avec le rôle de l'animatrice et de la coanimatrice (aisance envers les thèmes, savoirs et connaissances, etc.)		
4.2. En lien avec les participantes (refus de participer à des activités, gêne, manque de concentration, etc.)		
4.3. En lien avec l'environnement (bruits, éclairage, matériel audiovisuel défectueux, etc.)		

5. Commentaires afin d'améliorer cette rencontre?

Rencontre 9 : « J'apprécie ma féminité et mes identités comme femme »

Date : _____

Durée de la rencontre : _____






Lieu ou organisme : _____

Surnoms des participantes présentes : _____

1. Les activités suivantes ont-elles été complétées tel que prévu dans le guide?

Activités	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
1.1. Accueil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Présentation du thème et des objectifs de la rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Activité 1 Discussion sur la féminité et l'estime de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Activité 2 Le jeu de la toile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Activité 3 Fabrication d'un objet permettant de célébrer la féminité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Activité 4 Une pensée pour soi et les autres femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Bilan de la rencontre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Dans quelle mesure les activités suivantes ont-elles été appréciées par les participantes?

Activités						Commentaires/Explications AU BESOIN
2.3. Activité 1 Discussion sur la féminité et l'estime de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4. Activité 2 Jeu de la toile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5. Activité 3 Fabrication d'un objet célébrant la féminité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6. Activité 4 Une pensée pour soi et les autres femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. En général, les activités de cette rencontre ont-elles permis d'atteindre ses objectifs?

Objectifs Grâce à cette rencontre, les participantes seront en mesure de...	Totalement	En partie	Pas du tout	Commentaires/Explications AU BESOIN
3.1. Adopter des stratégies pour s'apprécier dans leurs différentes identités comme femme et comme être sexué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Quels sont les éléments qui ont pu entraver ou faciliter le déroulement de l'intervention, selon les catégories suivantes?

Catégories	Facteurs facilitateurs	Facteurs défavorables
4.1. En lien avec le rôle de l'animatrice et de la coanimatrice (aisance envers les thèmes, savoirs et connaissances, etc.)		
4.2. En lien avec les participantes (refus de participer à des activités, gêne, manque de concentration, etc.)		
4.3. En lien avec l'environnement (bruits, éclairage, matériel audiovisuel défectueux, etc.)		

5. Commentaires afin d'améliorer cette rencontre?

APPENDICE F

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION

ÉVALUATION DU PROGRAMME « LA FEMME DANS TOUS SES ÉTATS »

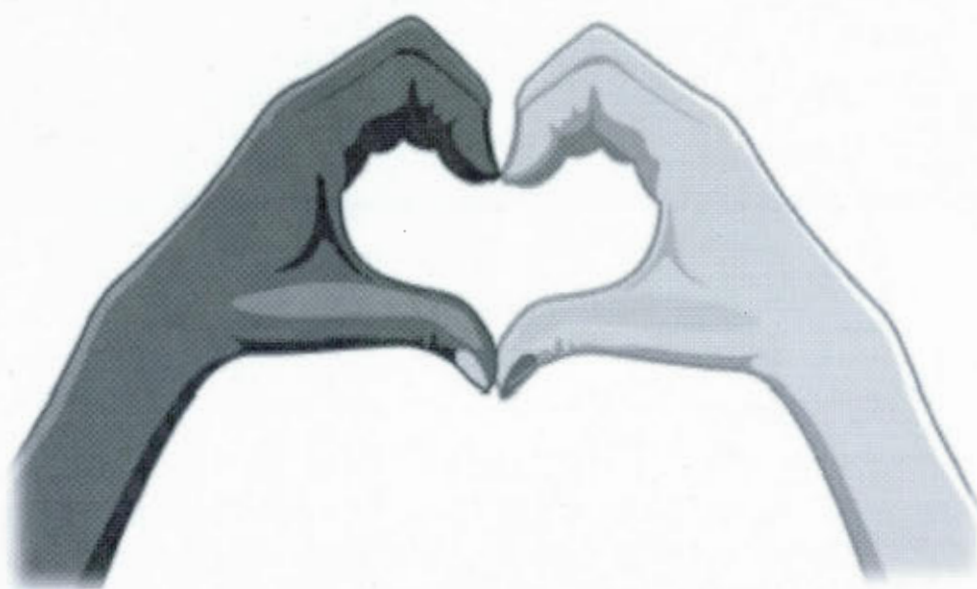


Image téléchargé sur digitalart et FreeDigitalPhotos.net

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION

INTRODUCTION

Chère participante,

« La femme dans tous ses états » est un programme sur le bien-être affectif et sexuel et la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH/sida au Québec. Il s'adresse aux femmes intéressées à :

- * Échanger sur l'impact du VIH sur leur bien-être, la féminité et la sexualité.
- * Développer des aptitudes et des habiletés pour améliorer leur bien-être affectif et sexuel.
- * Se doter d'outils pour se sentir mieux dans leurs identités de femme.

Ce questionnaire est complètement ANONYME. Il cherche à mieux comprendre votre appréciation du programme que vous avez reçu.

Nous vous rappelons que votre collaboration est extrêmement précieuse et que vous êtes LIBRE d'y participer. Par votre participation, vous contribuerez à l'amélioration des programmes adaptés au vécu des femmes vivant avec le VIH.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec nous en toute confidentialité :

Joanne Otis, Ph.D., titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé
514-987-3000 #7874

Sandrine St-Pierre-Gagné, sexologue B.A., candidate à la maîtrise
514-987-3000 #1374
sandrine_stpierreagne@hotmail.com

*** Merci infiniment de votre participation ***

Mon appréciation du programme

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez lequel correspond le plus à votre opinion en encrant le chiffre approprié entre : (1) totalement en désaccord; (2) très en désaccord; (3) plutôt en désaccord; (4) plutôt en accord; (5) très en accord; (6) totalement en accord.

NOTE : N'oubliez pas de répondre à toutes les questions et ce, même si vous n'êtes pas complètement certain. Vos réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

	Totalement en désaccord	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Très en accord	Totalement en accord
	1	2	3	4	5	6
1.1. Je suis satisfaite de ce que j'ai reçu.						1 2 3 4 5 6
1.2. Le programme a répondu à mes attentes.						1 2 3 4 5 6
1.3. Je considère avoir appris des choses que j'ignorais auparavant.						1 2 3 4 5 6
1.4. Je suis satisfaite du déroulement du programme (rythme, organisation, etc.)						1 2 3 4 5 6
1.5. Les thèmes (le contenu) discutés étaient intéressants et motivants.						1 2 3 4 5 6
1.6. Les thèmes (le contenu) abordés étaient structurés et bien préparés.						1 2 3 4 5 6
1.7. Le matériel utilisé était pertinent.						1 2 3 4 5 6
1.8. J'ai aimé le fait que nous puissions, si nous le voulions, partager nos expériences et notre vécu avec l'ensemble du groupe.						1 2 3 4 5 6
1.9. Je me suis sentie respectée par les autres participantes du groupe.						1 2 3 4 5 6
1.10. L'animatrice et la coanimatrice ont été respectueuses envers les participantes.						1 2 3 4 5 6
1.11. L'animatrice et la coanimatrice ont bien répondu aux questions.						1 2 3 4 5 6
1.12. L'animatrice et la coanimatrice ont favorisé les échanges et les discussions.						1 2 3 4 5 6
1.13. Je recommanderais le programme à d'autres femmes vivant avec le VIH/sida.						1 2 3 4 5 6

Si vous avez des commentaires et/ou des questions, inscrivez-les ici:

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

APPENDICE G

PLÉNIÈRE ÉVALUATIVE

Procédure de la rencontre

- * Accueil
- * Présentation des objectifs de l'étude, de son importance et du fonctionnement de la rencontre
- * Rappel des mesures prises pour assurer la confidentialité et l'anonymat (par exemple, aucune information nominale ne sera disponible, les femmes sont libres de participer ou non, etc.).
- * Plénière de groupe sur l'appréciation des activités par les participantes
- * Complétion du questionnaire d'appréciation par les participantes
- * Synthèse du programme, remerciement et fin de la rencontre

Plénière (Grille de questions)

1. Discussion d'accueil (discours descriptif)
 - * Présentation des objectifs de l'étude, de son importance et du fonctionnement de la rencontre
2. Démarrage de l'entrevue de groupe
 - * Rappel des règles déontologiques (volontariat, anonymat et confidentialité)
 - * Attribution d'un surnom pour chaque participante
3. Corps de l'entrevue de groupe
4. Clôture de l'entrevue de groupe

1. Discussion d'accueil

- ✓ Présentation des objectifs de l'étude, de son importance et du fonctionnement de la rencontre

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette rencontre bilan. Comme je vous le mentionnais, cette discussion de groupe fait partie de l'évaluation du programme sur la le bien-être affectif et sexuel auquel vous avez participé. Nous sollicitons donc votre aide afin d'évaluer dans quelle mesure ce programme d'intervention, dans sa forme actuelle, réussit à atteindre ses objectifs. En fait, je suis très intéressée à connaître votre opinion sur le programme lui-même, sur ce que vous y avez appris et sur ce que votre participation au programme vous a apporté. Cette évaluation permettra d'émettre des recommandations quant aux modifications à apporter au programme, de faire valoir l'importance de mettre en place des programmes et des services adaptés au vécu des femmes elles-mêmes et, à plus large échelle, de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être affectif et sexuel des femmes vivant avec le VIH.

- ✓ Rappel du fonctionnement de la rencontre
 - Présentez le programme de la rencontre (voir encadré plus haut).

2. Démarrage de l'entrevue de groupe

- ✓ Rappel des règles déontologiques (volontariat, anonymat et confidentialité)

La rencontre devrait durer environ deux heures. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions qui vous seront posées, mais il peut y avoir plusieurs points de vue. Je souhaiterais que vous vous sentiez à l'aise d'exprimer votre opinion, même si elle est différente de celle que les autres participantes peuvent apporter.

* Afin d'éviter de répéter les mêmes informations, demandez aux participantes si elles ont des questions au sujet des règles déontologiques et répondez à ces dernières.

Éléments de réponses aux questions pouvant être posées

Je vous propose d'enregistrer nos échanges sans interruption pendant toute la durée de la discussion de groupe. Cela m'évitera d'avoir à prendre des notes pendant que vous parlez et cela me permettra de ne rien manquer de la discussion. Cet enregistrement demeurera confidentiel et sera effacé lorsque j'aurai terminé de compiler les informations que nous aurons partagées. Votre nom ne sera jamais mentionné dans le rapport qui fera suite à l'entrevue. La transcription de l'entrevue sera gardée, dans les locaux de l'UQÀM, puis détruite. Enfin, tout sera mis en place afin qu'aucune information ne permette de vous identifier.

Par ailleurs, je vous rappelle que vous vous êtes engagées à ne pas divulguer les propos des autres, ni leur identité. Je vous demanderais donc aussi d'éviter de mentionner les prénoms et noms de famille des autres personnes du groupe ou de toute autre personne que vous connaissez. Enfin, sachez qu'il se peut que des propos soient cités dans des rapports d'analyse ou soient utilisés à des fins de publication, mais sans qu'il soit possible d'associer les propos à la personne qui les a tenus.

- ✓ Attribution d'un surnom pour chaque participante

Afin d'assurer votre anonymat lors de l'analyse des données, nous avons besoin que chacune d'entre vous s'attribue un surnom. Bien qu'il est possible que certaines d'entre vous soient à l'aise que leur nom apparaisse dans nos analyses, nous préférons que tout le monde ait un surnom. Vous êtes donc invitées à inscrire votre surnom sur une étiquette autocollante et à le coller sur votre vêtement. De plus, avant chaque prise de parole de votre part, vous devrez dire votre surnom. Cette consigne facilitera grandement nos analyses et nous permettra de quantifier le nombre de participantes qui partagent le même point de vue.

3. Corps de l'entrevue de groupe

❖ Questions clés pour la plénière :

Pensez à l'ensemble des rencontres auxquelles vous avez participé et dites-moi :

Au niveau des effets

1- Que retirez-vous personnellement de votre participation au programme?

- ✓ Croyez-vous que ce programme vous a permis d'améliorer votre bien-être affectif et sexuel?
- ✓ Quelles rencontres ou activités ont contribué particulièrement à améliorer votre bien-être affectif et sexuel?
- ✓ Quelles sont les ressources personnelles (par exemple habiletés, connaissances) ou disponibles dans votre environnement, comme le soutien, qui ont contribué à améliorer votre bien-être affectif et sexuel?
- ✓ Dans le cas contraire, en quoi (ou comment expliquez-vous que) le programme ne vous a pas permis d'améliorer votre bien-être affectif et sexuel?

Sous questions pouvant alimenter la discussion

Avez-vous appris des choses nouvelles? Si oui, pouvez-vous nous en parler?

- ✓ En ce qui concerne les rôles sociosexuels de la femme
- ✓ En ce qui concerne votre bien-être affectif et sexuel
- ✓ En ce qui concerne l'impact du VIH sur votre bien-être affectif et sexuel
- ✓ En ce qui concerne la santé reproductive
- ✓ En ce qui concerne l'adaptation à votre statut sérologique au VIH
- ✓ En ce qui concerne le (non) dévoilement de votre statut séropositif au VIH
- ✓ En ce qui concerne les stratégies de communication
- ✓ En ce qui concerne la rencontre avec un(e) nouveau(nouvelle) partenaire
- ✓ En ce qui concerne la satisfaction sexuelle
- ✓ En ce qui concerne la féminité
- ✓ En ce qui concerne l'estime de soi

Voyez-vous les choses différemment depuis le début des rencontres et aujourd'hui?

- ✓ Que diriez-vous des moyens dont vous disposez maintenant pour améliorer votre bien-être affectif et sexuel?

En quoi ces ateliers ont-ils été bénéfiques ou pertinents pour vous?

- ✓ Est-ce que votre participation à ce programme a eu impact dans votre quotidien, par rapport à vous-même, avec votre entourage? Donnez-moi un exemple ?

En quoi ces ateliers ont-ils pu être difficiles pour vous?

- ✓ Est-ce que votre participation à ce programme a eu des conséquences fâcheuses dans votre quotidien, avec votre entourage? Donnez-moi un exemple ?

Au niveau du processus (appréciation des activités et des ressources) :

1-Dans le programme qu'est-ce que vous avez davantage préféré et pourquoi?

ex. : au niveau du déroulement des ateliers (durée, longueur), du contenu des ateliers, des activités pédagogiques, du matériel utilisé, des échanges dans le groupe ou de l'animation

2-Dans le programme, qu'est-ce que vous avez le moins aimé et pourquoi?

ex. : au niveau du déroulement des ateliers (durée, longueur), du contenu des ateliers, des activités pédagogiques, du matériel utilisé, des échanges dans le groupe ou de l'animation

3-Voyez-vous des éléments à améliorer dans ce programme? Lesquels?

4- Y a-t-il des thèmes qui n'ont pas été abordés dans le programme que vous auriez aimé aborder?

5- S'il y a une suite au projet, souhaiteriez-vous partager votre expérience vécue dans le cadre du programme avec d'autres femmes? Si oui, de quelles façons?

Avec votre permission, j'aimerais pouvoir rester en contact avec vous pour vous tenir informée des suites du programme et de la recherche et ce, par l'entremise de la fiche signalétique que vous avez complétée lors de la première rencontre.

* Remise d'une carte contenant les coordonnées de la responsable de l'étude

4. Clôture de l'entrevue de groupe

Nous arrivons maintenant à la fin de la discussion de groupe. Nous avons abordé plusieurs aspects et je vous remercie de ce partage d'informations et de votre participation à l'évaluation de ce programme, car votre contribution aidera grandement à améliorer ce programme et permettra à d'autres femmes vivant avec le VIH d'en bénéficier.

APPENDICE H

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Certificat d'approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines a examiné le projet de recherche suivant et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (juin 2012) de l'UQAM :

***Adaptation culturelle et évaluation du programme « La femme dans tous ses états »
visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH/SIDA
au Québec***

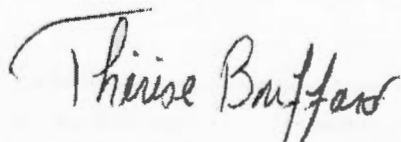
**Sandrine St-Pierre-Gagné, étudiante à la maîtrise en sexologie
Sous la direction Joanne Otis, professeur au Département de sexologie**

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Certificat émis le 30 novembre 2012. No de certificat : FSH-2012-10.



Thérèse Bouffard
Présidente du comité
Professeure au Département de psychologie

APPENDICE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT COMITÉ CONSULTATIF

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT COMITÉ CONSULTATIF

« Adaptation culturelle du programme *La femme dans tous ses états* visant l'amélioration du bien-être sexuel et affectif des femmes vivant avec le VIH/sida au Québec »

IDENTIFICATION

Chercheuse responsable du projet : Sandrine St-Pierre-Gagné
Programme d'enseignement : Maîtrise en sexologie, profil recherche-intervention
Adresse courriel : sandrine_stpierreagne@hotmail.com
Téléphone : 514-987-3000, poste 1374.

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invitée à prendre part à l'adaptation culturelle du programme *La femme dans tous ses états*. Ce programme vise à améliorer le bien-être sexuel et affectif des femmes vivant avec le VIH/sida au Québec. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de Mme Joanne Otis, professeure au département de sexologie et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé. Elle peut être joignable au 514-987-3000, poste 7874 ou par courriel à l'adresse : otis.joanne@uqam.ca.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à participer à quatre rencontres de groupe de trois heures chacune, et une cinquième rencontre facultative, en raison d'environ une à deux semaines pour discuter de l'adaptation du programme de santé sexuelle et reproductive à la réalité québécoise. Les rencontres seront enregistrées pour faciliter l'analyse. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier. Il est possible qu'entre les rencontres, des documents à lire vous soient envoyés par courriel. La lecture de ces documents ne prendra pas plus d'une heure de votre temps à chaque fois.

AVANTAGES ET RISQUES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Votre participation contribuera à l'amélioration des projets d'intervention et d'éducation qui répondent spécifiquement aux besoins de santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH/sida. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation au projet de recherche. Vous devez cependant prendre conscience que votre participation nécessite de se libérer durant quelques heures pour chacune des rencontres. Vous pourrez également retirer plusieurs bénéfices personnels à votre participation, dont le fait de partager vos opinions et expériences de travail sur la réalité des femmes vivant avec le VIH/sida et d'en apprendre davantage sur l'adaptation culturelle d'un programme, les méthodologies de travail à utiliser et la thématique abordée.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Toutes les informations recueillies dans ce projet seront gardées confidentielles, c'est-à-dire que votre nom ne figurera nulle part dans les publications scientifiques et personne ne sera en mesure de vous identifier. L'enregistrement numérique des rencontres et les transcriptions, ainsi que ce formulaire de consentement seront conservés séparément à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé. Les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est libre et volontaire à tout moment. Cela signifie que vous n'avez aucune obligation, contrainte ou pression extérieure pour participer à la recherche et que vous pouvez vous retirer quand vous le désirez. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que la responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS

Pour toutes information ou questions supplémentaires sur le projet, vous pouvez contacter la responsable du projet, Sandrine St-Pierre-Gagné au 514-987-3000, poste 1374 ou par courriel sandrine.stpierre-gagne@hotmail.com. Vous pouvez également discuter avec la directrice de recherche, Mme Joanne Otis, des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participante de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514-987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

SIGNATURE

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Signature du participant :

Date :

Nom (lettres moulées) :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du responsable du projet :

Date :

Nom (lettres moulées) :

APPENDICE J

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT IMPLANTATION

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(IMPLANTATION)

« Implantation et évaluation du programme *La femme dans tous ses états* visant à améliorer le bien-être affectif et sexuel des femmes vivant avec le VIH/sida au Québec »

IDENTIFICATION

Chercheuse responsable du projet : Sandrine St-Pierre-Gagné
Programme d'enseignement : Maîtrise en sexologie, profil recherche-intervention
Adresse courriel : st-pierre-gagne.sandrine@courrier.uqam.ca
Téléphone : 514-987-3000, poste 1374.

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invitée à prendre part à ce projet visant à évaluer le programme *La femme dans tous ses états*. Le programme a pour objectif d'améliorer le bien-être affectif et sexuel des femmes vivant avec le VIH/sida. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de Mme Joanne Otis, professeure au département de sexologie et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé. Elle peut être joignable au 514-987-3000, poste 7874 ou par courriel à l'adresse : otis.joanne@uqam.ca.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à remplir un questionnaire pré-programme au début du programme et un questionnaire d'appréciation à la fin du programme. Vous participerez également à l'ensemble des ateliers du programme, chacune des neuf rencontres dure entre 2 heures et 2 heures et demie et aurez à participer à une plénière évaluative lors d'une dixième rencontre, qui durera environ deux heures. La plénière évaluative sera enregistrée pour faciliter l'analyse. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier. Il est estimé que remplir le questionnaire pré-programme prendra environ 45 minutes de votre temps et le questionnaire d'appréciation environ 10 minutes.

AVANTAGES ET RISQUES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Votre participation contribuera à l'amélioration des projets d'intervention et d'éducation qui répondent spécifiquement aux besoins de santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH/sida. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation au projet de recherche. Vous devez cependant prendre conscience que votre participation au programme peut raviver des émotions ou des préoccupations susceptibles de vous bouleverser. Si cela vous arrive, une personne ressource sera disponible pour vous aider à gérer vos émotions négatives. Vous pourrez également retirer plusieurs bénéfices personnels à votre participation, dont le fait de partager votre vécu avec d'autres femmes vivant avec le VIH/sida et si l'objectif du programme est atteint, d'améliorer votre bien-être affectif et sexuel.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Toutes les informations recueillies dans ce projet seront gardées confidentielles, c'est-à-dire que votre nom ne figurera nulle part dans les publications scientifiques et personne ne sera en mesure de vous identifier. Les questionnaires, les journaux de bord, l'enregistrement numérique de la plénière évaluative et les transcriptions, ainsi que ce formulaire de consentement seront conservés séparément à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé. Les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est libre et volontaire à tout moment. Cela signifie que vous n'avez aucune obligation, contrainte ou pression extérieure pour participer à la recherche et que vous pouvez vous retirer quand vous le désirez. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que la responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche sera transmis à l'organisme où a eu lieu la mise en œuvre du programme.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS

Pour toutes information ou questions supplémentaires sur le projet, vous pouvez contacter la responsable du projet, Sandrine St-Pierre-Gagné au 514-987-3000, poste 1374. Vous pouvez également discuter avec la directrice de recherche, Mme Joanne Otis, des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participante de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514-987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

SIGNATURE

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Signature du participant :

Date :

Nom (lettres moulées) :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du responsable du projet :

Date :

Nom (lettres moulées) :

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2008). *Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) : Revue de l'année*. Ottawa : Sa Majesté la Reine du Chef du Canada.

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2010). *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009*. Ottawa : Sa Majesté la Reine du Chef du Canada.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2012a). *Actualités en épidémiologie du VIH/sida: Chapitre 13 Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique*. Ottawa: Sa Majesté la Reine du Chef du Canada.

Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2012b). *Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*. Récupéré le 3 octobre 2012 du site de l'organisme : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php>.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2012c). *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2011*. Ottawa : Sa Majesté la Reine du Chef du Canada.

Ahrold, T.K., Farmer, M., Trapnell, P.D. et Meston, C.M. (2011). The Relationship Among Sexual Attitudes, Sexual Fantasy, and Religiosity. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 619-630.

Alsibiani, S.A. et Rouzi, A.A. (2010). Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility*, 93(3), 722-724.

Anderson, J. et Doyal, L. (2004). Women from Africa living with HIV in London : a descriptive study. *AIDS CARE*, 16(1), 95-105.

Andia, I, Kaida, A., Maler, M., Guzman, D., Emenyonu, N., Pepper, L., Bangsberg, R. D. et Hogg, S. R. (2009). Highly Active Antiretroviral Therapy and Increased Use of Contraceptives Among HIV-Positive Women During Expanding Access to Antiretroviral Therapy in Mbarara, Uganda. *American Journal of Public Health*, 99(2), 340-347.

Association canadienne de santé publique (ACSP). (2005). *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*. Ottawa : auteur.

Baek, C., Mathambo, V., Mkhize, S., Friedman, I., Apicella, L. et Rutenberg, N. (2007). Key findings from an evaluation of the mothers2mothers program in KwaZulu-Natal, South Africa. *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council.

Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.

Bartholomew, L.K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H. et Fernandez, M. E. (2011). *Planning Health Promotion Programs : An Intervention Mapping Approach* (3rd ed.). San Francisco : Jossey-Bass.

Bayoumi, A. M, Degani, N., Remis, R. S., Walmsley, S., Milson, M., Loutfy, M., Daly, T., Nelson, L. E., Gardner, S., Challacombe, L. et Bierman, A. S. (2011). Chapitre 11: Infection à VIH. Dans Bierman, A. S. (rédactrice), *Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes*: Vol. 2. Toronto : Hôpital St.Michael et Institut de recherche en services de santé.

Berg, R.C., Denison, F., Fretheim, A. (2010). *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C) a systematic review of quantitative studies*. (rapport de recherche n°13-2010). Oslo : Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services).

Berger, B., Ferrans, C.E. et Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people with HIV : Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing and Health*, 24, 518-529. Dans Godin, G., Otis, J. et le groupe d'étude MAPA (2003). Questionnaire de la recherche intitulée « Étude longitudinale de l'état de santé, de la qualité de vie et des comportements de prévention chez les personnes vivant avec le VIH : dimensions psychosociales et environnementales », subventionnée par les IRSC.

Bila, B. (2011). Différences de recours au traitement des personnes vivant avec le VIH et valeurs liées au genre au Burkina Faso. Dans Desclaux, A., Msellati, P. et Sow, K. (dir.). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : Genre et accès universel à la prise en charge*. (p. 31-42). Paris : Éditions EDK.

Breda, J. et Goyvaerts, K. (1999). La mesure générale du bien-être : Esquisse d'une approche quantitative. *Santé Publique*, 11(2), 103-126.

Burnett, C. Margaret et al., (2010). Centre d'Action Sida Montréal (femmes) : Rapport annuel du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010. Montréal : Centre d'action Sida Montréal.

Catania, J. A. (2011). Dyadic Sexual Communication Scale. Dans Fisher, T.D., Clive, M.D., Yarber, W.L. et Davis, S.L. (ed.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (3^e ed.) (p. 130-132). New York et London : Routledge Taylor & Francis Group.

Cejtin, E. H., Kalinowski, A., Bacchetti, P., Taylor, N. R., Watts, H. D., Kim, S., Massad, S. L., Preston-Martin, S., Anastos, K., Moxley, M., & Minkoff, L. H. (2006). Effects of Human Immunodeficiency Virus on Prostacted Amenorrhea and Ovarian Dysfunction. *Obstetrics & Gynecology*, 108(6), 1423-1431.

Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. (2007). *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.

Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude no.39. (N° de catalogue CP32-79/39-2002F-IN). Repéré à <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>

Champagne, F., Contandriopoulos, A-P., Brousselle, A., Hartz, Z. et Denis, J-L. (2011). 2. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Dans Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A-P. et Hartz, Z. (dir.). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e éd.). (p. 35-56). Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Champagne, F., Hartz, Z., Brousselle, A. et Contandriopoulos, A-P. (2011). 4. L'appréciation normative. Dans Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A-P. et Hartz, Z. (dir.). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e éd.). (p. 73-90). Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Chillag, K., Bartholow, K., Cordeiro, J., Swanson, S., Patterson, J., Stebbins, S., Woodside, C. et Sy, F. (2002). Factors Affecting the Delivery of HIV/AIDS Prevention Programs by Community-Based Organizations. *AIDS Education and prevention*, 14(supplement A), 27-37.

Chinkonde, J. R., Sundby, J. et Martinson, F. (2009). The prevention of mother-to-child HIV transmission programme in Lilongwe, Malawi : why do so many women drop out. *Reproductive Health Matters*, 17(33), 143-151.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida. (2005). *Un portrait national : Rapport sur la réponse des gouvernements à l'épidémie de VIH/sida au Canada*. Ottawa : Sa Majesté la Reine du Chef du Canada.

Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES), ARCAD-SIDA et Coalition PLUS. (2012). *La femme dans tous ses états : programme visant l'amélioration du bien-être affectif et sexuel par et pour les femmes vivant avec le VIH/sida au Mali (projet pilote)*. Montréal, Mali et France : auteur.

Cummings, B., Mengistu, M., Negash, W., Bekele, A. et Ghile, T. (2006). Barriers to and facilitators for female participation in an HIV prevention project in Rural Ethiopia : Findings from a qualitative evaluation. *Culture, Health & Sexuality*, 8(3), 251-266. DOI : 10.1080/13691050600765103

Danya International Inc. (2012). Effective Interventions HIV Prevention that works: *Behavioral Interventions*. Récupéré le 11 mai 2013 du site: <http://www.effectiveinterventions.org/en/HighImpactPrevention/Interventions.aspx>

De Tubino, S.M. et Abdo, C.H.N. (2010). Sexual dysfunctions among people living with AIDS in Brazil. *Clinics*, 65(5), 511-519.

Desgrées du Loû, A. (2011). Conséquences conjugales du dépistage prénatal du VIH à Abidjan. Dans Desclaux, A., Msellati, P. et Sow, K. (dir.). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : Genre et accès universel à la prise en charge*. (p. 165-177). Paris : Éditions EDK.

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being : progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.

Diouf, K. et Nour, N. (2013). Female Genital Cutting and HIV Transmission: Is There an Association?. *American Journal of Reproductive Immunology*, 69(suppl. 1), 43-50.

Duerr, A., Heilig, M. C., Meikle, F. S., Cu-Uvin, S., Klein, S. R., Rompalo, A., & Sobel, D. J. (2003). Incident and Persistent Vulvovaginal Candidiasis Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Women: Risk Factors and Severity. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 101(3), 548-556.

Dupras, A. (2010, mise à jour 20 septembre). *Les buts de la sexologie*. Récupéré le 15 mai 2013 du site de l'Association des sexologues du Québec : <http://www.associationdessexologues.com/articles.php?article=20090701092946>

Durlak, J.A. et DuPre, E. (2008). Implementation Matters : A Review of research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American journal of community psychology*, 41, 327-350. DOI :10.1007/s1064-008-9165-0.

Dwight, L.E., Ten Have, T.R., Douglas, S.D., Gettes, D.R., Morrison, M., Chiappini, M.S., Brinker-Spence, P., Job, C., Mercer, D.E., Wang, Y.L., Cruess, D., Dube, B., Dalen, E.A., Brown, T., Bauer, R. et Petitto, J.M. (2002). Association of Depression With Viral Load, CD8 T Lymphocytes, and Natural Killer Cells in Women With HIV Infection, *American Journal of Psychiatry*, 159, 1752-1759.

El Fane, M., Bensghir, R., Sbai, S., Chakib, A., Kadiri, N., Ayouch, A. et Himmich, H. (2010). Qualité de vie sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH. *Sexologies*, 302, 1-5.

EngenderHealth et Communauté Internationale des Femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW). (2006). *Santé sexuelle et reproductive des femmes et adolescentes VIH+ : Manuel pour les formateurs et responsables de programme*. New York et Londres : auteurs.

EngenderHealth, United Nations Population Fund (UNFPA) et the David and Lucile Packard Foundation. (2008). *Sexual and Reproductive Health of Women and Adolescent Girls Living With HIV : Guidance for Health Managers, Health Workers, and Activists*. Nova York : EngenderHealth and Brasilia, DF.

Estrada, B. D., Trujillo, S., & Estrada, A. L. (2007). Supporting Healthy Alternatives though Patient Education : A Theoretically Driven HIV Prevention Intervention for Persons Living with HIV/AIDS. *AIDS Behav*, 11, S95-S105.

Fisher, J. D., Fisher, W. A., Cornman, D. H., Amico, R. K., Bryan, A. et Friedland, G. H. (2006). Clinician-Delivered Intervention During Routine Clinical Care reduces Unprotected Sexual Behavior Among HIV-Infected Patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41, p. 44-52.

Florence, E., Schrooten, W., Dreezen, C., Gordillo, V., Schönnesson, N. L., Asboe, D., Koitz, G. et Colebunders, R. (2004). Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. *AIDS Care*, 16(5), 550-557.

Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2^e ed.). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gardezi, F., Calzavara, L., Husbands, W., Tharao, W., Lawson, E., Myers, T., Pancham, A., George, C., Remis, R., Willms, D., McGee, F. et Adebajo, S. (2008). Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*, 20(6), 718-725.

Gauthier, B. (2010). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gay, J., Hardee, K., Croce-Galis, M. et Hall, C. (2011). What works to meet the sexual and reproductive health needs of women living with HIV/AIDS. *Journal of the International AIDS Society*, 14(56), 1-10.

Girard, C. (2013, avril). Coup d'oeil sociodémographique. *Institut de la Statistique du Québec, Gouvernement du Québec*, no. 25, 1-6.

Godin, G., Otis, J. et le groupe d'étude MAΨA (2003). Questionnaire de la recherche intitulée « Étude longitudinale de l'état de santé, de la qualité de vie et des comportements de prévention chez les personnes vivant avec le VIH : dimensions psychosociales et environnementales », subventionnée par les IRSC.

Golin, C. E., Patel, S., Tiller, K., Quinlivan, E. B., Grodensky, C. A., & Boland, M. (2007). Start Talking About Risks : Development of a Motivational Interviewing-Based Safer Sex Program for People Living with HIV. *AIDS Behavior*, 11, p. S72-S83.

Gore-Felton, C., Rotheram-Borus, M.J., Weinhardt, L.S., Kelly, J.A., Lightfoot, M., Kirshenbaum, S.B., Johnson, M.O., Chesney, M.A., Catz, S.L., Ehrhardt, A.A., Remien, R.H., Morin, S.F. et NIMH Healthy Living Project Team (2005). The Healthy Living Project: An Individually Tailored, Multidimensional Intervention for HIV-Infected Persons. *AIDS Education and Prevention*, 17, 21-39.

Gouvernement du Canada. (2004). *L'initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Gruskin, S., Ferguson, L. et O'Malley, J. (2007). Ensuring Sexual and Reproductive Health for People Living with HIV : An Overview of Key Human Rights, Policy and Health Systems Issues. *Reproductive Health Matters*, 15(29), 4-26.

Guion, L.A., Diehl, D.C. et McDonald, D. (2011). *Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies*. Department of Family, Youth and Community Sciences, Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agricultural Sciences. Gainesville, FL: University of Florida.

Gurevich, M., Mathieson, C. M., Bower, J. et Dhayanandhan, B. (2007). Disciplining Bodies, Desires and Subjectivities: Sexuality and HIV-Positive Women. *Feminism and Psychology*, 17(1), 9-38.

Harshbarger, C., Simmons, G., Coelho, H., Sloop, K. et Collins, C. (2006). An Empirical Assessment of Implementation, Adaptation, and Tailoring : The Evaluation of CDC's National Diffusion of VOICES/VOCES. *AIDS Education and Prevention*, 18, Supplement A, 184-197.

Haut Conseil National de lutte contre le Sida. (2008). *Rapport National UNGASS 2008 : Période Janvier 2006 – décembre 2007*. Mali : Présidence de la République du Mali.

Haut Conseil National de lutte contre le Sida (2012). *Rapport National UNGASS 2012 : Période : Janvier 2010- Décembre 2011*. Mali : Présidence de la République du Mali.

Hawes, S.H. et Berkley-Patton, J.Y. (2012). Religiosity and Risky Sexual Behaviors among an African American Church-based Population. *Journal of religion and health*, 1-14.

Heaney, G.A. et Israel, B.A. (2008). Social networks and social support. Dans Glanz, K., Rimer, B.K. et Viswanath, K. (ed.), *Health behavior and health education* (4th ed., p. 189-210). San Francisco : Jossey-Bass.

Helweg-Larsen, M. et Collins, B.E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: Documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13, 224-237.

Illa, L., Brickman, A., Saint-Jean, G., Echenique, M., Metsch, L., Eisdorfer, C., Bustamante-Avellaneda, V. et Sanchez-Martinez, M. (2008). Sexual risk behaviors in late middle age and older HIV seropositive adults, *AIDS and Behavior*, 12, 935-942.

Institut de la statistique du Québec. (2007). *Conditions de vie : Contexte et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes au Canada en 2004*. Québec : Gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique (INSPQ). (2012a). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : mise à jour des données au 30 juin 2011*. Québec : Gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique (INSPQ). (2012b). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2011*. Québec : Gouvernement du Québec.

International Planned Parenthood Federation (IPPF), UCSF Global Health Sciences (UCSF), United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA) et World Health Organization (WHO). (2009). *Santé sexuelle et de la reproduction et VIH : Liens : Examen des preuves et recommandations*. s.l. : auteurs.

James, L. (2006). *Guide et manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada*. Toronto : Conseil africain et caribéens sur le VIH/SIDA en Ontario et Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (WHIWH).

Janz, N.K., Zimmerman, M.A., Wren, P.A., Israel, B.A., Freudenberg, N. et Carter, R.J. (1996). Evaluation of 37 AIDS Prevention Projects : Successful Approaches and Barriers to program Effectiveness. *Health Education Quarterly*, 23(1), 80-97.

Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M. et Shai, N. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in South Africa : a cohort study. *Lancet*, 376, 41-48.

Joly, J., Touchette, L. et Pauzé, R. (2010). Chapitre 6 Les dimensions formative et summative de l'évaluation d'implantation d'un programme: Une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans Alain, M. et Dessureault, D. (dir.) *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. (p.117-145). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Kalichman, S.C., Rompa, D. et Cage, M. (2005). Group Intervention to Reduce HIV Transmission Risk Behavior Among Persons Living With HIV/AIDS. *Behavior Modification*, 29(2), 256-285.

Kanshana, S. et Simonds, R.J. (2002). National program for preventing mother – child HIV transmission in Thailand : successful implementation and lessons learned. *AIDS*, 16, 953-959.

Kay, A., Vasquez, M.J., Datta, S., Wahab, R. et Said, E. (2010). *Women-Centered Curriculum: Addressing HIV among Women and the Gender Dimensions of HIV in the Middle East and North Africa Region. Investing in PLHIV Leadership in the Middle East and North Africa—Volume 3*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.

Kennedy, E. C., Spaulding, B. A., Brickley, B. D., Almers, L., Mirjahangir, J., Packel, L., Kennedy, E. G., Mbizvo, M., Collins et Osborne, K. (2010). Linking

sexual and reproductive health and HIV interventions : a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 13(26), 1-10.

Kilbourne, A.M., Neumann, M.S., Pincus, H.A., Bauer, M. et Stall, R. (2007). Implementing evidence-based interventions in health care : application of the replicating effective programs framework. *Implementation Science*, 2(42), 1-10. DOI : 10.1186/1748-5908-2-42.

King, R., Katuntu, D., Lifshay, J., Packel, L., Batwamwita, R., Nakayiwa, S., Abang, B., Babirye, F., Lindkvist, P., Johansson, E., Mermin, J. et Bunnuel. (2008). Processes and outcomes of HIV serostatus disclosure to sexual partners among people living with HIV in Uganda. *AIDS and Behavior*, 12, 232-243.

Kissinger, P., Secor, E. W., Leichter, S. J., Clark, A. R., Schmidt, N., Curtin, E. et Martin, H. D. (2008). Early repeated infections with *Trichomonas vaginalis* among HIV-positive and HIV-negative women. *Clinical Infectious Diseases*, 46, 994-999.

Klaue, K., Spencer, B. et Balthasar, H. (2002). *Santé sexuelle et reproductive en Suisse*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Kreuter, M.W., Lukwago, S.N., Bucholtz, D.C., Clark, E.M. et Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches. *Health Educations and Behavior*. 30, 133-146. DOI: 10.1177/1090198102251021.

Lambert, S., Keegan, A. et Petrak. J. (2005). Sex and relationships for HIV positive women since HAART : a quantitative study. *Sexually transmitted infections*, 81, 333-337.

Laumann, E.O., Paik, A., Glasser, D.B., Kang, J-H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E.D., Nicolosi, A. et Gingell, C. (2006). A Cross-National Study of Subjective Sexual Well-Being Among Older Women and Men : Findings From the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 145-161.

Lee, S., Altschul, I. et Mowbray, C.T. (2008). Using Planned Adaptation to Implement Evidence-Based Programs with New Populations. *American Journal of Community Psychology*, 41, 290-303. DOI: 10.1007/s10464-008-9160-5.

Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e édition). Montréal : Guérin, éditeur ltée.

Lerlooijer, J.N., Ruiter, R.A.C., Darwisyah, W., Kok, G. et Bartholomew, L.K. (2011). The World Starts With Me: using intervention mapping for the systematic

adaptation and transfer of school-based sexuality education from Uganda to Indonesia. *Translational Behavioral Medicine*, 1, 331-340. DOI: 10.1007/s13142-011-0041-3.

Liamputtong, P., Haritavom, N. et Kiatying-Angsulee, N. (2009). HIV and AIDS, stigma and AIDS support groups: Perspectives from women living with HIV and AIDS in central Thailand. *Social Science & Medicine*, 69, 862-868.

Lifshay, J., Nakayiwa, S., King, R., Reznick, G. O., Katuntu, D., Batamwita, R., Ezati, E., Coutinho, A., Kazibwe C. et Bunnell, R. (2009). Partners at risk : motivations, strategies, and challenges to HIV transmission risk reduction among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Care*, 21(6), 715-724.

Loubière, S., Boyer, S., Blanche, J., Spire, B. et Peretti-Watel, P. (2011) Révélation de leur séropositivité et sexualité à risque chez les femmes infectées par le VIH au Cameroun : résultats de l'étude ANRS-EVAL. Dans Desclaux, A., Msellati, P. et Sow, K. (dir.). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : Genre et accès universel à la prise en charge*. (p. 165-177). Paris : Éditions EDK.

Loufty, M.R., Raboud, J.M., Wong, J., Yudin, M.H., Diong, C., Blitz, S.L., Margolese, S.L., Hart, T.A., Ogilvie, G., Kasinde, K., Tharao, W.E., Linklater, G., Salam, K., Ongoiba, F., Angel, J.B., Smaill, F.M., Rachlis, A.R., Ralph, E.D. et Walmsley, S.L. (2012 b). High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. *HIV Medicine*, 13, 107-117.

Loufty, M.R., Sonnenberg-Schwan, U., Margolese, S., Sherr, L. et Women for Positive Action. (2012a). A review of reproductive health research, guidelines and related gaps for women living with HIV. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of IDS/HIV*, 1-10. DOI:10.1080/09540121.2012.733332

Lovejoy, I. T., Heckman, G. T., Sikkema, J. K., Hansen, B. N., Kochman, A., Suhr, A. J., Garske, P. J. et Johnson, J. C. (2008). Patterns and Correlates of Sexual Activity and Condom Use Behavior in Persons 50-Plus Years of Age Living with HIV/AIDS. *AIDS Behavior*, 12, 943-956.

Luzi, K., Guaraldi, G., Murri, R., De Paola, M., Orlando, G., Squillace, N., Esposito, R., Vincenzo, R., Zirilli, L. et Martinez, E. (2009). Body image is a major determinant of sexual dysfunction in stable HIV-infected women. *Antiviral Therapy*, 14, 85-92.

Lyles, C.M., Kay, L.S., Crepaz, N., Herbst, J.H., Passin, W.F., Kim, A.S., Rama, S.M., Thadiparthi, S., DeLuca, J.B. et Mullins, M.M. (2007). Best-Evidence

Interventions : Findings From a Systematic Review of HIV Behavioral Interventions for US Populations at High Risk, 2000-2004. *American Journal of Public Health*, 97(1), 133-143.

Maman, S., Mbwambo, J. K., Hogan, N. M., Kllonzo, G. P., Campbell, J. C., Welss, E. et Sweat, M. D. (2002). HIV-Positive Women Report More Lifetime Partner Violence : Findings From a Voluntary Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1331-1337.

McAlister, A.L., Perry, C.L. et Parcel, G.S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact : Social Cognitive Theory. Dans Glanz, K., Rimer, B.K. et Viswanath, K. (ed.), *Health behavior and health education* (4th ed., p. 169-188). San Francisco : Jossey-Bass.

McKleroy, V.S., Galbraith, J.S., Cummings, B., Jones, P., Harshbarger, C., Collins, C., Gelaude, D., Carey, W.J. et the ADAPT Team. (2006). Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions for New Settings and Target Populations. *AIDS Education and Prevention*, 18(supplement A), 59-73.

Mélot, P. (2005). *Femmes et VIH/sida : pour une intervention ciblée, étapes préalables à la mise en place d'un projet d'éducation pour la santé en faveur des femmes séropositives (Montréal, Québec)*. (mémoire de diplôme d'études supérieures spécialisées), Faculté de médecine, École de santé publique, Université Henri Poincaré, Nancy, France.

Metcalf, K.A., Langstaff, J.E., Evans, S.J., Paterson, H.M. et Reid, J.L. (1998). Meeting the Needs of Women Living with HIV. *Public Health Nursing*, 15(1), 30-34.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2013). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2011 (et projections 2012)*. Québec : Gouvernement du Québec.

Moreno, L. C. (2007). The Relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for Latinas. *Qualitative Health Research*, 17(3), 340-352.

Morrisson, D.M., Hoppe, M.J., Gillmore, M.R., Kluver, C., Higa, D. et Wells, E.A. (2009). Replicating an Intervention : The Tension Between Fidelity and Adaptation. *AIDS Education and Prevention*, 21(2), 128-140.

Motoi, I., et Dufour, R. (2011). *La femme, sa sexualité et son pouvoir sexuel*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Msellati, P. et Meyer, L. (2011). Les spécificités épidémiologiques et cliniques de l'atteinte des femmes par le VIH et les questions de prise en charge du Sud. Dans Desclaux, A., Msellati, P. et Sow, K. (dir.). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : Genre et accès universel à la prise en charge*. (p. 1-14). Paris : Éditions EDK.

Mundell, J.P., Visser, M.J., Makin, J.D., Forsyth, B.W. et Sikkema, K.J. (2012). Support Group Processes : Perspectives from HIV-Infected Women in South Africa. *Qualitative Research in Psychology*, 9(2), 173-187.

Myer, L., Rabkin, M., Abrams, E. J., Rosenfield, A. et El-Sadr, W. M. (2005). Focus on Women : Linking HIV Care and Treatment with Reproductive Health Services in the MTCT-Plus Initiative. *Reproductive Health Matters*, 13(25), 136-146.

Nadeau, M-A. (1988). *L'évaluation de programme, Théorie et pratique (2^e édition)*. Québec : Presses de l'Université Laval.

Organisation mondiale de la santé (OMS), United Nations Population Fund (UNFPA), Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2005). *La santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA : Un cadre de liens prioritaires*. s.l. : auteurs.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2006). Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : manuel générique de Formation : Manuel du formateur. Genève, Suisse : auteur.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Les femmes et la santé : La réalité d'aujourd'hui le programme de demain*. Suisse : auteur.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2011). *Santé sexuelle et génésique : Définition*. Repéré le 28 avril 2013 du site de l'auteur : <http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductivehealth/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>.

Otis, J., Yattassaye, A., Henry, É, Diop, S., Debele, B., Kassogue, K., Dem, R., Djemmaz, O., Préau, M., McFadyen, A. et Saint-Pierre-Gagné, S. (2012, juillet). *Effects of an empowerment program on the ability of women living with HIV (WLHIV) in Mali to manage decisions regarding whether or not to disclose HIV status*. Affiche présentée au XIX International AIDS Conference, Washington, D.C.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3e édition*. Paris : Armand Colin, 423 p.

Palombi, L., Marazzi, M. C., Voetberg, A., Magid, N. A. et the DREAM Program Prevention of Mother-To-Child Transmission Team. (2007). Treatment acceleration program and the experience of the DREAM program in prevention of mother-t-child transmission of HIV. *AIDS*, 21(suppl. 4), 565-571.

Peterson, L. J., Johnson, A. M. et Tenzek, E. K. (2010). Spirituality as a Life Line : Women Living With HIV/AIDS and the Role of Spirituality in Thei Support System. *Journal of Interdisciplinary Feminist Thought*, 4(Issue 1), 1-26.

Petty, R.E., Barden, J. et Wheeler, S.C. (2009). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion : Developing health promotions for sustained behavioral change. Dans DiClemente, R.A. Crosby et M. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed., p. 185-214). San Francisco : Jossey-Bass.

Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J. et Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. Dans Ridde, V. et Dagenais, C. (dir.). *Approches et pratiques en evaluation de programme*. (p. 123-142). Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Prochaska, J.O., Redding, C.A. et Evers, K.E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. Dans Glanz, K., Rimer, B.K. et Viswanath, K. (ed.), *Health behavior and health education* (4th ed., p. 97-122). San Francisco : Jossey-Bass.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2007). *Lutter contre les inégalités entre les sexes : Renforcer la programmation relative au VIH/sida pour les femmes et les filles*. s.l. : auteurs.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2010). *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*. Suisse : auteur.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2011). *Journée mondiale Sida 2011 : Rapport ONUSIDA, Atteindre l'Objectif zéro : Une riposte plus rapide plus intelligente plus efficace*. Suisse : auteur.

Psaros, C., Barinas, J., Robbins, G.K., Bedoya, A., Safren, S.A. et Park, E.R. (2012). Intimacy and Sexual Decision Making : Exploring the Perspective of HIV Positive Women Over 50. *AIDS Patient Care and STDs*, 26(12), 755-760. DOI:10.1089/apc.2012.0256

Racicot, C. (2010). *Planification et evaluation de la formation provincial des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH ayant à implanter « Pouvoir*

Partager/Pouvoirs Partagés », un programme d'empowerment à leur intention ». (mémoire de maîtrise en sexologie), Université du Québec à Montréal, Canada.

Manseau-Young, M-E. (2013). *Le témoignage public des femmes vivant avec le VIH/SIDA au sein du projet VIHsibilité: analyse féministe et interactionniste d'une forme d'intervention sociale.* (mémoire de maîtrise en travail social), Université du Québec à Montréal, Canada.

Raja, S., McKirnan, D. et Glick, N. (2007). The Treatment Advocacy Program-Sinai : A peer-Based HIV Prevention Intervention for Working with African American HIV-Infected Persons. *AIDS Behavior*, 11, S127-S137.

Ridde, V. et Dagenais, C. (2009). Introduction générale à l'évaluation de programme. Dans Ridde, V. et Dagenais, C. (dir.). *Approches et pratiques en évaluation de programme.* (p. 11-30). Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.

Robinson, B.B.E., Bockting, W.O., Rosser, B.R.S., Miner, M. et Coleman, E. (2002). The Sexual Health Model : application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, 17(1), 43-57.

Rossi, P.H., Lipsey, M, W. et Freeman, H.E. (2004). *Evaluation : A Systematic Approach*, 7^e éd., Thousand Oaks : Sage Publications.

Rotheram-Borus, M.J., Swendeman, D., Flannery, D., Rice, E., Adamson, D.M. et Ingram, B. (2009). Common Factors in Effective HIV Prevention Programs. *AIDS and Behavior*. 13, 399-408.

Roy, S.N. (2010). Chapitre 8 : L'étude de cas. Dans Gauthier, B. (dir.). *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, 5^e édition, (p. 199-225). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Sabourin, P. (2010). Chapitre 16 : l'analyse de contenu. Dans Gauthier, B. (dir.). *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, 5^e édition, (p. 415-444). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Samaké, S., Traoré, M. S., Ba, S., Dembélé, É., Dip, M., Mariko, S., et Libité, R. P. (2006). *Enquête Démographique et de Santé du Mali*. Mali : République du Mali

Samson, A. (2006). L'apport de la carrière au modèle théorique des tâches d'adaptation à la maladie chronique : une application au cas des personnes qui vivent avec le VIH. *Canadian Journal of Counselling*, 40(1), 4-16.

- Sanders, L. B. (2009). Sexual Behaviors and practices of Women Living With HIV in Relation to Pregnancy. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 20(1), 62-68.
- Sareen, J., Pagura, J. et Grant, B. (2009). Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States ? *General Hospital Psychiatry*, 31(3), 274-278.
- Schiltz, M.-A., Bouhnik, A.-D., Préau, M. et Spire, B. (2006). La sexualité des personnes atteintes par le VIH : l'impact d'une infection sexuellement transmissible, *Sexologies*, 15, 157-164.
- Schoenbaum, E. E., Hartel, D., Lo, Y., Howard, A. A., Floris-Moore, M., Arnsten, J. H. et Santoro, N. (2005). HIV Infection, Drug Use, and Onset of Natural Menopause». *Clinical Infectious Diseases*, 41, 1517-1524.
- Sears, D, Cabrera-Rodriguez, C., Ortiz-Mejia, F., Anderson, B. et Stein, M. (2008). Sexual risk behaviour among HIV-positive patients at an urban clinic in Santiago, Dominican Republic, *AIDS Care*, 20(2), 191-197.
- Shapiro, K. et Ray, S. (2007). Sexual health for people living with HIV, *Reproductive Health Matters*, 15(29 Supplement), 67-92.
- Siegel, K., Schrimshaw, E. W. et Lekas, H-M. (2006). Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. *Archives of sexual behavior*, 35, 437-449.
- Smith, R.M. [Robin]. (2008). *Conquering the content : A step-by-step guide to web-based course development*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Snell, W. E., Jr. (1995). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. Dans Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L. et Davis, S. L. (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (3^e édition) (p. 537-540). New York : Routledge.
- Solomon, J., Card, J.J. et Malow, R.M. (2006). Adapting Efficacious Interventions : Advancing Translational Research in HIV Prevention. *Evaluation & the Health Professions*. 29(2), 162-194.
- Sow, C. et Desclaux, A. (2011). Stratégies féminines face au risque de transmission sexuelle du VIH au temps des antirétroviraux. Dans Desclaux, A., Msellati, P. et Sow, K. (dir.). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : Genre et accès universel à la prise en charge*. (p. 165-177). Paris : Éditions EDK

Spirig, R. (1998). Support Groups for People Living With HIV/AIDS : A Review of Literature. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 9(4), 43-55.

Steen, R.G. (2007). *The evolving brain: The known and the unknown* (illustrated ed.). Amherst, NY: Prometheus Books.

Stewart, D.W., Shamdasani, P.N. et Rook, D.W. (2009). Group Depth Interviews : Focus Group Research. Dans Bickman, L. et Rog, D.J. (dir.). *The Sage Handbook of Applied Social Research Methods* (2^e ed.) (p. 589-616). London, United Kingdom : SAGE Publications Inc.

Stufflebeam, D. et Shinkfield, A.L. (2007). *Evaluation theory, models and applications*. San Francisco: Josey-Bass.

St-Pierre-Gagné, S. et Otis, J. (2012, mai). Analyse quantitative des femmes vivant avec le VIH/sida de la cohorte MAYA. Communication personnelle non publiée.

Sumartojo, E. (2000). Structural factors in HIV prevention : concepts, examples, and implications for research. *AIDS*, 14(suppl. 1), S3-S10.

Tortolero, S.R., Markham, C.M., Parcel, G.S., Peters Jr. R.J., Escobar-Chaves, S.L., Basen-Engquist, K. et Lewis, H.L. (2005). Using Intervention Mapping to Adapt an Effective HIV, Sexually Transmitted Disease, and Pregnancy Prevention Program for High-Risk Minority Youth. *Health Promotion Practice*, 6(3), 286-298.

Traoré, T. A. (2011). Des couples face à la prévention de la transmission mère-enfant : décisions et pratiques en matière d'alimentation de l'enfant en Côte-d'Ivoire. Dans Desclaux, A., Msellati, P. et Sow, K. (dir.). *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : Genre et accès universel à la prise en charge*. (p. 123-136). Paris : Éditions EDK.

Trottier, G., Fernet, M., Otis, J., Pelletier, R., Boucher, M., Lévy, J. J., Bastien, R., Samson, J. et Lapointe, N. (2005). *Les expériences de vie des femmes séropositives depuis l'avènement des nouvelles thérapies contre le VIH/SIDA* (rapport de Recherche n° FQRSC : SR-46-40-2003-2005). Québec : auteurs.

Troussier, T. et Tourette-Turgis, C. (2006). La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Sexologies*, 5(3), 165-175.

United Nations Population Fund (UNFPA) et EngenderHealth. (2004). *HIV Prevention in Maternal Health Services : Programming guide*. New York, U.S.A. : auteurs.

Vallières, E.V. et Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.

Visser, M., Mundell, J., de Villiers, A., Sikkema, K. et Jeffery, B. (2005). Development of structured support groups for HIV-positive women in South Africa. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 2(3), 333-343.

Visser, J. M., Neufeld, S., De Villiers, A., Markin, D. J. et Forsyth, C. W. B. (2008). To tell or not to tell : South African women's disclosure of HIV status during pregnancy. *AIDS Care*, 20(9), 1138-1145.

Wallach, I., Ducandas, X., Martel, M., Trottier, B. et Thomas, R. (2013). Le VIH et le vieillissement au Québec: Une expérience qualitative sur les expériences, les difficultés et les besoins des personnes vivant avec le VIH de 50 ans et plus. Montréal : Gouvernement du Québec, Ministère de la famille et des aînés.

Walstrom, P., Operario, D., Zlotnick, C., Mutimura, E., Benekigeri, C. et Cohen, M.H. (2013). « I think my future will be better than my past » : Examining support group influence on the mental health of HIV-infected Rwanda women. *Global Public Health*, 8(1), 90-105.

Welty, T. K., Bulterys, M., Welty, E. R., Tih, P. M., Ndikintum, G., Nkuoh, G., Nkfusai, J., Kayita, J., Nkengasong, J. N. et Wilfert, C. M. (2005). Integrating Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Into Routine Antenatal Care : The Key to Program Expansion in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(4), p. 486-493.

Werner, A. (2004). A Guide to Implementation Research, Washington : The Urban Institute Press.

Wilson, E. T., Girardin, J.-L., Schwartz, R., Golub, E. T., Colen, M. H., Maki, P., Greenblatt, R., Massad, S. L., Robison, E., Goparaju, L. et Lindau, S. (2010). HIV infection and women's sexual functioning. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 54(4), 360-367.

Wingood, G.M., DiClemente, R.J., Mikhail, I., Lang, D.L., McCree, D.H., Davies, S.L., Hardin, J.W., Hook, E.W. et Saag, M. (2004). A Randomized Controlled Trial to Reduce HIV Transmission Risk Behaviors and Sexually Transmitted Diseases Among Women Living With HIV : The Willow Program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 37(2), S58-S67.

Wingood, G.M. et DiClemente. R.J. (2008). The ADAPT-ITT Model : A Novel Method of Adapting Evidence-Based HIV Interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 47, S40-S46.

Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Mikhail, I., McCree, D. H., Davies, S. L., Hardin, J. W., Peterson, S. H., Hook, E. W. et Saag, M. (2012). HIV Discrimination and the Health of Women Living with HIV. *Women and Health*, 46(2/3), 99-112.

Woertman, L. et Van den Brink, F. (2012). Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior : A Review. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), p. 184-211.

World Health Organization (WHO). (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva, Switzerland.

World Association for Sexual Health (WAS). (2008). *Sexual Health for the Millenium. A Declaration and Technical Document*. Minneapolis, MN, USA : World Association for Sexual Health.

Zûniga, M. L., Baldwin, H., Uhler, D., Brennan, J., Olshefsky, A. M., Oliver, E., et Mathews, W. C. (2007). Supporting Positive Living and Sexual Health (SPLASH) : A Clinician and Behavioral Counselor Risk-Reduction Intervention in a University-Based HIV Clinic. *AIDS Behavior*, 11, p. S58-S71.